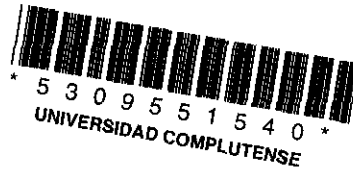


UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**APORTACIONES EMPIRICAS AL TRATAMIENTO
DE LA ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE:
MODELO MAGARIANO**

TESIS DOCTORAL

Director: Dr. Dionisio Pérez y Pérez

Doctorando: William T. Casper Quiñones

MADRID 1994

A todos aquellos que transitan
por la vida con el mote de
esquizofrénicos paranoides.
Hoy, protagonistas silentes de
esta obra. A ustedes todos, se
la dedico.

AGRADECIMIENTOS

El investigador ha quedado en deuda con innumerables personas a lo largo del tiempo transcurrido en la concreción de esta investigación. Quizá la falta de espacio y de memoria, un tanto selectiva, me impida mencionar a todos aquellos que de una forma u otra contribuyeron tan atinadamente para que esta investigación se realizara. Si los omito, les pido mis excusas. No obstante, quisiera destacar a todos(as) aquellos(as) que me brindaron el más decidido apoyo y colaboración en todo este largo proceso investigativo.

Por tanto, tengo que destacar al Dr. José Luis Pinillos por la sugerencia inicial de que investigara el tema de la modificación de los delirios paranoides desde la perspectiva cognitiva.

Asimismo, y con un destaque mayúsculo e insuperable, la aportación inigualable del Dr. Dionisio Pérez y Pérez como tutor de esta disertación. Su orientación tanto intelectual como personal, así como su sostenido apoyo y tolerancia fueron puntales decisivos para la realización de este añoso y agotador trabajo clínico investigativo. Sinceramente no sé como agradecértelo amigo tutor tanta diligencia y comprensión. Lo único que se me ocurre en este momento es felicitarte por esa doble función de tutor y de amigo a lo largo de estos años, y cuando menos, darte las más expresivas gracias por toda tu ayuda: ¡gracias Dionisio!

Por otro lado, quisiera agradecerle a los Dres. Juan Gonzalez Lamela, ex-Rector y a Jesús Joel Pérez, ex-Decano de la Universidad del Turabo, así como al Dr. Dennis Alicea, Vicerrector de Asuntos Académicos, al Decano y Profesor Marco Gil de Lamadrid y a la Dra. María López, actual Directora del Departamento de Ciencias Sociales, al Profesor Didimio Barreto Pérez, actual Director de la Escuela Graduada de Administración Pública y a la Vicerrectora de Administración, Profesora Alice Del Toro, el de concederme el tiempo necesario para investigar, reflexionar y escribir mi disertación.

No puedo olvidar, la valiosísima contribución del Profesor y Decano Marco Gil de Lamadrid con este investigador. En los momentos difíciles tanto intelectuales como personales encontré siempre en él un apoyo y fue idea suya el remotivarme, creándome un espacio por un año en el Laboratorio de Ciencias Sociales a fin de que pudiera terminar mi proyecto doctoral. Marco, realmente no sé como reciprocarte tantas atenciones y de ser depositario de tu confianza en la realización de esta empresa académica.

De los compañeros de facultad la Universidad del Turabo, quiero hacer reconocimiento al Profesor Lino Muñiz por su contribución voluntaria de entrar y procesar con arreglo al SPSS parte de los datos de mi investigación en el ordenador del Centro de Cómputos de la UT, así como a los Dres. Ricarte Nieves y Jesús Colón por su apoyo y reforzamiento verbal a lo largo de toda la investigación. De

la misma manera, a la Profesora Carmen C. Ortiz por ayudarme a estructurar un espacio y así dar inicio a la investigación bibliográfica y la redacción de la propuesta del proyecto investigativo para someterlo ante la consideración de la Secretaría de Salud Mental.

De la Secretaría de Salud Mental de Puerto Rico, me gustaría agradecerle a los tres miembros del Comité de Investigación de la Secretaría Auxiliar: los Doctores en Psicología, José R. Pando y Glorisa Canino, y a la Psiquiatra, Dra. Alina Vales, por evaluar, aprobar, recomendar favorablemente ante la consideración de la Secretaria del Programa de Salud Mental de P.R., Dra. Aida Guzmán, mi propuesta sobre la investigación: Aportaciones Empíricas al Tratamiento de la Esquizofrenia Tipo Paranoide, según el Modelo Magariano. Les agradezco a las Dras. Alina Vales y Aida Guzmán el recibir y aprobar la autorización final para utilizar como sede el Centro de Salud Mental de Caguas. Asimismo, destaco el interés personal de la Dra. Alina Vales con el tema y de toda su colaboración para que este proyecto investigativo se llevara a cabo.

Del Centro de Salud Mental de Caguas debo igual agradecimiento a su Director, Dr. Luis Lynn, como al Director del Centro de Cuidado Diurno, el Trabajador Social, Armando Vázquez y a su equipo de psicoterapeutas: Manuel Rodríguez, Juan Cruz, Ismael Ruíz, María Nieves y Rafael Nieves toda la ayuda prestada durante la identificación, selección y el tratamiento de los participantes de este

estudio. Deseo hacer hincapié en la ayuda de Juan Cruz, del Centro Diurno, y, de Nilsa Rosa, de la Clínica Externa, por ayudarme a conseguir los participantes para administrarles el tratamiento. De la misma forma, la autorización de usar el personal, materiales y facilidades físicas del Centro, se la debo al Dr. Lynn; y al T.S. Vázquez, de brindarme la ayuda en todo lo necesario para efectuar este estudio.

De forma análoga, no puedo pasar por alto y ofrecerle mi agradecimiento al Dr. Peter Magaro y al Departamento de Psicología de la Universidad de Ohio por haberme enviado la Escala Maine sobre la Esquizofrenia Tipo Paranoide y no Paranoide y los criterios para efectuar las puntuaciones en los protocolos.

Deseo extender mis gracias a la Sra. Olga M. Carrión, Coordinadora de Laboratorios del Departamento de Administración de Oficina de la Universidad del Turabo, por toda la ayuda dada para el manejo eficiente del programa Word al escribir esta disertación.

Quiero agradecerle igualmente a Luis Arroyo, Técnico Especialista en Producción de la Universidad del Turabo, el fotografiar los dibujos y láminas para usarse como diapositivas en la técnica de orientación magariana.

Antes de finalizar, y en un plano de personal afecto, quiero darle las gracias a mi hermana, Lcda. Maggie Ann Casper por su apoyo constante; a mi madre, Alma V. Quiñones, por el aliento siempre motivador para que terminara esta tesis; a Jorge Flores Cruz, psicólogo de

profesión y amigo de antaño, por sus penetrantes sugerencias en materia clínica; a mi abuelo psicológico, Epifanio García y a mi abuela, Raquel Pasarrell Tosass, a quienes, a pesar de muertos, les agradezco todo el empeño y esfuerzo que realizaron en vida por que estudiara psicología. Finalmente, a mi hijo, William Alex Casper Ortiz, por esos momentos tan gratos y significativamente importantes que he disfrutado junto a ti y que los he convertido en bálsamo vigorizante para el logro de las empresas vitalmente difíciles.

A todos ustedes, muchas gracias.

INDICE

Página	
i	DEDICATORIA
ii	AGRADECIMIENTOS
I	INDICE O TABLA DE CONTENIDO
XVI	LISTA DE APENDICES
XX	LISTA DE FIGURAS
XXII	LISTA DE TABLAS

CAPITULOS

CAPITULO PRIMERO:

1	<u>TEORIA, INVESTIGACION Y PSICOTERAPIA</u>
1	<u>SOBRE LA ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE</u>
1	<u>EN LA ACTUALIDAD</u>
1	1.1 Perspectivas generales
3	1.2 Propósitos

CAPITULO SEGUNDO: PARADIGMAS REGENTES DE LA TEORIZACION

6	<u>E INVESTIGACION SOBRE LA ESQUIZOFRENIA</u>
6	<u>TIPO PARANOIDE</u>
6	2.1 Paradigma actual: la esquizofrenia tipo paranoide es una forma de esquizofrenia:
13	2.2 Paradigma emergente: la esquizofrenia tipo paranoide no es una forma de esquizofrenia
13	2.2.1 Escuelas dinamicistas

2.2.2 Procesos familiares.....	15
2.2.3 Las pruebas psicológicas	16
2.2.4 El análisis factorial	19
2.2.5 Investigaciones perceptuales y conceptuales.....	21
2.2.6 Inflexibilidad y persistencia	26
2.2.7 Ejecutoria en las tareas psicológicas	29
2.2.8 Plano metodológico	35

CAPITULO TERCERO: APORTACIONES TEORICAS Y EMPIRICAS EN TORNO A LOS ESQUIZOFRENICOS TIPO

<u>PARANOIDES</u>	38
3.1 El papel de la inteligencia y la afectividad en el pensamiento paranoide	35
3.2 La depresión y su relación con la esquizofrenia tipo paranoide: el modelo de Zigler y Glick (1984), y revisión de la literatura	38
3.3 El papel del intelecto	49
3.4 Aportaciones psicoanalíticas	50
3.4.1 Segismundo Freud	50
3.4.1.1 Investigaciones en torno al conflicto homosexual.....	58
3.4.2 Postura teórica de Harry S. Sullivan	63
3.4.3 Teoría de Norman Cameron	66
3.5 Estudios sobre la familia	71
3.6 Estrategias de juegos	76
3.7 Teorías conceptuales y perceptuales	78
3.8 Estudios conceptuales	81

	Página
3.9 Teorías del aprendizaje	8 2
3.10 La aproximación perceptual	8 4
3.11 Teorías cognoscitivas	8 5
3.11.1 Teoría cognitiva de McConoghy	8 5
3.11.2 Teoría de Colby : Vergüenza - Humillación	8 6
3.12 Teoría de Heilbraun (1973) sobre el Control Aversivo Materno	8 9

CAPITULO CUARTO: LA TEORIA DEL DEFICIT DE LA

INTEGRACION DE LOS PROCESOS

PSICOLOGICOS DE LA PERCEPCION

EN LA CONCEPTUALIZACION:

MAGARO, 1980. 9 7

4.1 Enfoque desarrollista magariano	9 2
4.2 Modelo del procesamiento informático	1 0 1
4.3 Bases neurológicas de la integración	1 1 9

CAPITULO QUINTO: EXPOSICION DE LOS PLANTEAMIENTOS SOBRE LA INMODIFICABILIDAD DE LOS DELIRIOS

PARANOIDES; Y LA REVISION CRITCA

DE LAS ESTRATEGIAS PSICOTERAPEUTICAS,

CONDUCTUALES Y COGNITIVAS,

RECLAMADORAS DE ALGUN EXITO

TERAPEUTICO. 1 2 9

5.1 Técnicas cognitivas	1 2 5
5.2 Técnicas conductivistas	1 3 2

CAPITULO SEXTO:

	<u>FUNDAMENTOS Y LIMITACIONES DE LA</u>	
	<u>TECNICA DE ORIENTACION MAGARIANA</u>	
	<u>PARA LA MODIFICACION DE LOS DELIRIOS</u>	
	<u>PARANOIDES E HIPOTESIS</u>	148
6.1	Influencias, suposiciones y sugerencias magarianas para el desarrollo de la técnica integradora de lo perceptual y conceptual en los esquizofrénicos tipos paranoides.....	148
6.2	Hipótesis	155
6.2.1	Las 46 hipótesis relativas al comportamiento: tiempo de reacción y número de ensayos de los esquizofrénicos paranoides y no paranoides expuestos a las tres partes constitutivas de la técnica de orientación magariana:	156
6.2.2	Las 3 hipótesis relativas a la efectividad del tratamiento de orientación magariana.	163

CAPITULO SEPTIMO: METODOLOGIA 166

7.1	Selección de de la población y de los participantes..	166
7.1.1	Administración de la Escala Maine.....	167
7.1.2	Procedimiento	168
7.1.3	Descripción de las muestras de participantes.....	169

7.2	Materiales	171
7.3	Instrucciones	175
7.3.1	Primera tarea: Atender diversas señales	176
7.3.1.1	Modalidad Propriaceptiva	176
7.3.1.2	Modalidad Táctil - Forma.	178
7.3.1.3	Modalidad Táctil - Textura	180
7.3.1.4	Modalidad Visual	182
7.3.1.5	Modalidad Auditiva.....	185
7.3.1.6	Modalidad Olfativa	187
7.3.1.7	Modalidad Gustativa	188
7.3.2	Segunda Tarea: Discriminación	189
7.3.2.1	Modalidad Propriaceptiva	189
7.3.2.1.1	¿Cuál no es igual?	189
7.3.2.1.2	¿Cuál es igual?	190
7.3.2.2	Modalidad Táctil - Textura	191
7.3.2.2.1	¿Cuál no es igual?	191
7.3.2.2.2	¿Cuál es igual?	192
7.3.2.3	Modalidad Visual	194
7.3.2.3.1	¿Cuál no es igual?	194
7.3.2.3.2	¿Cuál no es igual? Constancia de la forma	195
7.3.2.3.3	¿Cuál es igual al modelo?.	195
7.3.2.3.4	¿Cuál es igual al modelo? No hay constancia de la forma	196
7.3.2.3.5	¿Cuál es igual al modelo?	

No hay constancia de la forma	197
7.3.2.4 Modalidad Auditiva.....	198
7.3.2.4.1 ¿Cuáles no se oyen iguales?.....	198
7.3.2.4.2 ¿Cuáles se oyen iguales?..	200
7.3.2.5 Modalidad Olfativa	200
7.3.2.5.1 ¿Cuál de esas tres no huele igual?	201
7.3.2.5.2 ¿Cuál de esos tres huele igual al primero?.....	202
7.3.2.6 Modalidad Gustativa	203
7.3.2.6.1 ¿Cuál entre ellos no sabe igual?	203
7.3.2.6.2 ¿Cuál entre ellos saben iguales?	204
7.3.3 Tercera Tarea: Generar conjeturas	205
7.3.3.1 Modalidad Visual.....	205
7.4 Diseño y estadísticas	209
OCTAVO CAPITULO : RESULTADOS	212
8.1 Comparación de los resultados por ensayos y el tiempo promedio entre los grupos de participantes: esquizofrénicos tipo paranoides y esquizofrénicos no paranoides durante el tratamiento de orientación	

magariana.	212
8.2 Resultados de las pruebas estadísticas para determinar si existían diferencias iniciales entre y dentro de los grupos y que pudieran confundirse con el efecto del tratamiento: análisis de varianza unidireccional; prueba Fisher PLSD; prueba de F de Scheffer y la prueba de t de Dunnette.	214
8.2.1. Prueba de Hartley sobre la homogeneidad de la varianza.	215
8.3 Esbozo de los resultados estadísticos para cada una de las 46 hipótesis relativas a las tres fases del tratamiento de orientación magariana.....	221
8.4 Exposición de los resultados estadísticos relativos a las tres hipótesis sobre la efectividad del tratamiento de orientación magariana en el tratamiento de la esquizofrenia tipo paranoide.	251
8.5. Resultados de la exploración de los niveles de la depresión en los grupos de esquizofrénicos tipo paranoides antes y después de los tratamientos magariano y no magariano: confrontación de modelos, el magariano con el de Meissner y Zigler y Glick.....	261
8.6 La Prueba de McNemar para la significación de los cambios en los niveles de la depresión inicial y posterior en los tratamientos magariano y no magariano. . de los esquizofrénicos tipo paranoides	262

CAPITULO NOVENO : DISCUSION DE LOS RESULTADOS	268
CAPITULO DECIMO : CONCLUSIONES	287
BIBLIOGRAFIA	296
APENDICES	

LISTA DE APENDICES

APENDICE A	Escala Maine o The Maine Scale of Paranoid and Nonparanoid Schizoprenia
APENDICE B	Hoja de Registros
APENDICE C	Inventario de Beck para medir la depresión
APENDICE CH	Estadísticas: <ol style="list-style-type: none">1. Coeficiente de correlación prueba y re prueba del Inventario Depresión de Beck en pacientes Esquizofrénicos tipo Paranoides y Esquizofrénicos no Paranoides.2. Tabla con las puntuaciones iniciales y finales de los pacientes Esquizofrénicos tipo Paranoides y Esquizofrénicos no Paranoides en el Inventario de Depresión de Beck.3. Diagrama de Dispersión de los datos correspondientes al Inventario de Depresión de Beck en los pacientes Esquizofrénicos Paranoides y no Paranoides.4. Análisis de t muestras en la medida de los niveles depresivos antes y después:<ol style="list-style-type: none">4.1 Descripción muestra paranoides antes del tratamiento magariano.4.2 Descripción muestra paranoide antes del tratamiento no magariano.

- 4.3 Análisis de t pareada de dos muestras de paranoides antes de los dos tratamientos magariano y no magariano.
- 4.4. Análisis de t pareada de dos muestras de paranoides antes y después del tratamiento magariano.
- 4.5 Análisis de t pareada de dos muestras de paranoides antes y después del tratamiento no magariano.
- 4.6 Prueba de t pareada después del tratamiento magariano y no magariano.
- 4.7 Análisis de la muestra de paranoides después del tratamiento no magariano.
- 4.8 Tabla con los datos relativos a las puntuaciones en depresión antes y después del tratamiento magariano y no magariano.
5. Correlación interevaluadores de la Escala Maine:
 - 5.1 Dos estadísticas del coeficiente de correlación entre paranoides y no paranoides
 - 5.2 Dos diagramas de dispersión.
 - 5.3 Tabla con los datos.
6. Análisis de fiabilidad de la Escala Maine con el Modelo alfa del programa SPSS-X.

7. Catorce análisis t de muestras independientes de la primera tarea por tiempos y ensayos.
 - 7.1 Siete tablas con las puntuaciones correspondientes a los tiempos y ensayos de los pacientes Esquizofrénicos Paranoides y no Paranoides.
8. Treinta análisis t de muestras independientes para la segunda tarea dividida en tiempos y ensayos.
 - 8.1 Quince tablas con las puntuaciones correspondientes a los tiempos y ensayos de los pacientes Esquizofrénicos Paranoides y no Paranoides.
9. Un análisis t de muestra independiente para la tercera tarea dividida en tiempo y ensayos.
 - 9.1 Una tabla correspondiente al tiempo y ensayos de los pacientes Esquizofrénicos Paranoides y no Paranoides.
10. Análisis de varianza bifactorial de la medida final de síntomas Esquizofrénicos: Paranoides y no Paranoides.
 - 10.1 Tabla de datos o puntuaciones de la medida final de síntomas Esquizofrénicos Paranoides y no Paranoides
11. Análisis unifactorial de:

11.1 De los cuatro grupos Paranoides y no Paranoides antes de los tratamientos magariano y no magariano.

11.1.2 Tabla con las puntuaciones.

11.2 De las medidas iniciales en síntomas Esquizofrénicos: Paranoides y no Paranoides.

11.2.1 Tabla con las puntuaciones.

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
4.1	Modelo de Procesamiento de Información de Peter Magaro, 1980. 108
7.1	Características de los esquizofrénicos tipo paranoides y los esquizofrénicos no paranoides..... 166
8.01	Comparación del promedio de ensayos entre cada una de las modalidades sensoriales de las siete subtareas para los grupos esquizofrénicos tipo paranoides y esquizofrénicos no paranoides..... 234
8.02	Comparación del tiempo promedio entre cada una de las modalidades de las siete subtareas para los grupos de esquizofrénicos tipo paranoides y esquizofrénicos no paranoides..... 235
8.03	Comparación del promedio de ensayos entre cada uno de las seis modalidades y sus quince subtareas para los grupos de esquizofrénicos tipo paranoides y los esquizofrénicos no paranoides. 247
8.04	Comparación del tiempo promedio entre cada una de seis modalidades con sus quince subtareas para los grupos de esquizofrénicos tipo paranoides y los esquizofrénicos no paranoides..... 248
8.05	Comparación del promedio de ensayos en la modalidad visual de la última tarea entre los esquizofrénicos tipo paranoides y los esquizofrénicos no paranoides..... 249

Página

8.06	Comparación del tiempo promedio en la modalidad visual de la última tarea entre los esquizofrénicos tipo paranoides y los esquizofrénicos no paranoides.....	250
8.07	Tratamiento Magariano y no magariano y los totales de las subescalas P y no P en la Escala Maine.....	255

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
2.1	Diferencias conductuales entre los esquizofrénicos tipo paranoides y los esquizofrénicos no paranoides 32
8.1	Análisis unifactorial del nivel de esquizofrenia y de las medidas iniciales de síntomas 217
8.2	Descripción del nivel de esquizofrenia y la medida inicial de síntomas 218
8.3	Resultados de distintos estadígrafos sobre las diferencias de medias entre los grupos esquizofrénicos tipo paranoides y los esquizofrénicos no paranoides219
8.4	Descripción de las cuatro muestras de participantes: dos grupos de esquizofrénicos tipo paranoides y dos grupos de esquizofrénicos no paranoides220
8.5	Comparación del ensayo promedio en las siete subtareas entre los grupos de esquizofrénicos tipo paranoides y los esquizofrénicos no paranoides.....223
8.6	Comparación del tiempo promedio en las siete subtareas entre los grupos esquizofrénicos tipo paranoides y los esquizofrénicos no paranoides224
8.7	Comparación del ensayo promedio de las quince subtareas para los grupos esquizofrénicos tipo paranoides y los esquizofrénicos no paranoides..... 225

Página

8.8	Comparación del tiempo promedio en las quince subtareas para los grupos esquizofrénicos tipo paranoides y los esquizofrénicos no paranoides	226
8.9a	Comparación del ensayo promedio en una subtarea visual para los grupos esquizofrénicos tipo paranoides y los esquizofrénicos no paranoides.....	227
8.9b	Comparación del tiempo promedio en una subtarea visual entre los grupos esquizofrénicos tipo paranoides y los esquizofrénicos no paranoides	228
8.10	Análisis bifactorial fijo de las medidas finales de síntomas en la Escala Maine para el nivel de esquizofrenia y el tipo de tratamiento	253
8.11	La incidencia de A B (nivel de esquizofrenia y el tipo de tratamiento) sobre la medida final de síntomas	254
8.12	Descripción del Nivel Depresivo Inicial de los dos grupos de Esquizofrénicos tipo Paranoides antes de recibir los tratamientos Magariano y no Magariano	256
8.13	Análisis de t apareada entre los Puntuaciones Iniciales de los dos grupos de Esquizofrénicos tipo Paranoides antes de recibir los tratamientos Magariano y no Magariano.....	257
8.14	Análisis de t de las Puntuaciones del Nivel de la Depresión post tratamientos Magariano y no Magariano	259

Página

8.15	Resultados del Análisis de t entre las puntuaciones del Nivel Depresivo de los grupos Esquizofrénicos tipo Paranoides (cada sujeto como su propio control)	260
8.16	Resumen de las Puntuaciones del Inventario de Beck sobre la Depresión medidas antes y después de los 10 Paranoides tratados a la Magariana y los 10 Paranoides tratados a la no Magariana	264
8.17	Tabla de Cuatro Entradas sobre el Nivel Depresivo antes y después de los Esquizofrénicos tipo Paranoides sometidos al tratamiento Magariano	265
8.18	Tabla de Cuatro Entradas sobre el Nivel Depresivo antes y después de los Esquizofrénicos tipo Paranoides sometidas al tratamiento no Magariano	267

INTRODUCCION

CAPITULO PRIMERO : TEORIA, INVESTIGACION Y PSICOTERAPIA DE LA ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE EN LA ACTUALIDAD

1.1. Perspectivas generales

El campo de la psicopatología está repleto de ambigüedades y controversias. Tal situación se refleja en el constructo de la esquizofrenia tipo paranoide. En específico, en el debate de si lo paranoide es parte del proceso esquizofrénico (Kraepelin y Bleuler)- paradigma dominante- o si es parte del continuo de los estados paranoides (Magaro, 1980, 1981, 1983) - paradigma emergente, o si, por el contrario, es parte de los estados depresivos o psicoafectivo (Zigler y Glick, 1984), - otro paradigma emergente. El estado de situación es tal, que a estas alturas, no se comprende suficientemente la esquizofrenia tipo paranoide como para garantizar un abordaje con eficacia psicoterapéutica. No en balde han afirmado distintos teóricos y clínicos sobre la "inmodificabilidad de los delirios paranoides" (Noyes y Kolb, 1963; Cameron, 1947; Henderson y Batchelor, 1962; Freedman, Kaplan y Sadock, 1975).

Si bien es cierto lo de la ambigüedad y controversias reinante en el ámbito de la psicopatología, no menos ha sido la dedicación y el esfuerzo de muchos investigadores y

teorizantes que a lo largo de los años se han enfrascado en tenaz y creativa lucha por comprender al fenómeno paranoide.

A la esquizofrenia tipo paranoide distintos teóricos la han conceptualizado de formas diferentes, entre los que se destacan, a saber: Cameron (1943, 1947, 1959), Chapman y Chapman (1973), Colby (1974, 1975, 1976, 1977), Freud (1911, 1922, 1948), Heilbrun (1971, 1972, 1973, 1975), Lemert (1962), Maher (1966, 1974), Magaro (1976, 1980, 1983), Pavlov (1934), Retterstöl (1966), Zigler y Glick (1984), Salzman (1960), Silverman (1964, 1967) Sullivan (1956), Swanson, Bohnert y Smith (1974), Ullmann y Krasner (1969)

Igualmente, investigadores y teóricos han resaltado distintos factores explicativos del fenómeno paranoide, por mencionar algunos, a saber: la homosexualidad (Freud, 1948), (Grauer, 1955), (Klein y Horwitz, 1949), (Planasky y Johntson, 1962), (Klaf, 1961), (Klaf y Davis, 1960); la pseudohomosexualidad (Ovesy, 1955); experiencias infantiles tempranas (Bak, 1946), (Waeler, 1951), (Fromm, 1959), (Nydes, 1963); relaciones interpersonales (Sullivan, 1953), (Searles, 1961), (Bateson, et al. 1956), (Kovar, 1966), (Bonner, 1951); factores conceptuales (Shakow, 1962, Kew, 1963); perceptuales, (Silverman, 1964), (Snyder, 1961), (Sarvin, 1962), (McReynolds, 1960), (Maher, 1974); factores sociales (Cameron, 1943, 1959), (Artiss, y Bullard, 1966); desintegración entre lo

perceptual y lo conceptual (Magaro, 1980, 1984); cólera y agresión (Grant, 1954), (Thorn, 1953); aprendizaje de estímulos aversivos (Ullmann y Krasner, 1969); la autoestima (Colby, 1975, 1977); factores cognoscitivos (Forgus y De Wolfe, 1974); atencionales (Silverman, 1964, 1965, 1967); y el mal funcionamiento en los mecanismos del noradrenérgico límbico (Farley, Price y McCulloch, 1978).

Empero, a pesar de todo el esfuerzo humano vertido, todavía, hoy día, la comprensión científica de lo paranoide y del correspondiente modelo de eficacia terapéutica, es una incógnita.

Una de las teorías contemporáneas surgidas en el campo cognoscitivo y del procesamiento informático, que intenta superar ese estado de carencia teórica y técnica, lo constituye la teoría del Déficit en la Integración Psicológica de Peter Magaro (1976, 1980, 1983). De esta teoría, en esta disertación doctoral, se dió especial atención al desarrollo e investigación del modelo terapéutico de la esquizofrénica tipo paranoide.

1.2 Propósitos

Por ahora se pasará a enumerar los distintos propósitos trazados en la revisión de la literatura:

1.2.1 Esbozar el desarrollo histórico del paradigma dominante sobre la conceptualización del fenómeno paranoide.

1.2.2 Exponer la evidencia clínica, metodológica y experimental disponible, sustentadora del paradigma ascendente: la esquizofrenia tipo paranoide es un fenómeno psicopatológico distinto al esquizofrénico.

1.2.3 Presentar las distintas aportaciones teóricas y empíricas en torno a los paranoides: papel de la inteligencia y la afectividad; el papel de la depresión, el modelo de Zigler y Glick (1984); la teoría freudiana, exposición, revisión de la literatura y estatus contemporáneo; otros desarrollos psicoanalíticos: Melanie Klein, Harry S. Sullivan, Norman Cameron; terapias de familias, estrategias de juegos; teoría conductista de Ullmann y Krasner; algunas teorías perceptuales y conceptuales: Brenda Maher, Silverman, McReynolds; cognitiva: McConoghy; teoría de la Aversión hacia la Percepción del Control Maternal de Heilbraun; teoría de la Vergüenza-Humillación de Colby.

1.2.4 Esbozar la teoría magariana sobre el Déficit en la Integración Psicológica: perspectivas desarrollistas; modelo del procesamiento de la información y, por último, su modelo neurológico. Presentación de la sugerencias magarianas para la modificación de la sintomatología de los esquizofrénicos tipos paranoides.

1.2.5 Exposición de los planteamientos sobre la inmodificabilidad de los delirios paranoides; y la revisión crítica de las estrategias psicoterapéuticas y conductuales,

reclamadoras de algún éxito terapéutico en la modificación de los sistemas delirantes.

1.2.6 Delineamiento de los fundamentos y limitaciones en el desarrollo de la técnica de orientación magariana para el tratamiento de la esquizofrenia tipo paranoide. Finalmente, las hipótesis.

CAPITULO SEGUNDO: PARADIGMAS REGENTES DE LA
TEORIZACION E INVESTIGACION
SOBRE LA ESQUIZOFRENIA TIPO
PARANOIDE

2.1 La esquizofrenia tipo paranoide es una forma de esquizofrenia, paradigma actual.

De los enfoques psiquiátricos de mayor influjo en las conceptualizaciones de los trastornos paranoides, se dividen, "grosso modo", en dos grupos; uno representado por europeos, de corte descriptivo que distribuyen al fenómeno paranoide en varias entidades clínicas individualizadas Rotterstöl, (1966) y, otro dirigido predominantemente, por norteamericanos, e infuídos por Bleuler (1950) y Freud (1911, 1955, 1959) que estiman que la conducta paranoide forma un continuo que abarca desde los síndromes más leves, de naturaleza no psicótica, como por ejemplo, la personalidad paranoide, hasta los de naturaleza psicótica pero no esquizofrénicos: estados paranoides, paranoia y los cuadros paranoides involutivos, y por último, psicóticos y esquizofrénicos como lo es la esquizofrenia tipo paranoide (Swanson et al. 1974).

Ahora bien, existe, a pesar de las diferencias entre estas dos orientaciones nosológicas, un acuerdo: ambas reconocen la forma paranoide de la esquizofrenia. De ese hecho semiológico, cabe destacar, pues, que lo paranoide se considera como una parte del proceso de la esquizofrenia. A

este hecho han contribuído decididamente Emile Kraepelin y Eugene Bleuler, razón suficiente para considerarlos brevemente en los próximos párrafos.

Emile Kraepelin (1919) se enfrentó a la situación nosológica del proceso paranoide ascribiéndolo a un grupo de síntomas que pueden presentarse parcial, o totalmente, en diversos estados psicopatológicos para individualizarlos como entidad. De ese enfrentamiento concluyó que el concepto paranoide era más artificioso e inclasificable que ningún otro trastorno mental.

Aunque Kraepelin se percató de que la paranoia era una enfermedad principalmente del intelecto acompañada por delirios, fenómeno secundario que podría producir tensión emocional (Kraepelin, 1976) y, de que los delirios fijos de la verdadera paranoia - paranoia vera - no debían confundirse con los casi ausentes delirios desorganizados de la esquizofrenia - demencia precoz; no obstante, Kraepelin (1976) reconoció la relación entre la paranoia y la demencia precoz: clasificando a la primera como un subgrupo de la segunda. De esa forma tuvo que enfrascarse a una serie de dificultades debido, por un lado, a la edad del comienzo de ésta y, por el otro, de si en ella se producía un estado de deterioro parecido al observable en la heberfrenia y catatonia. Finalmente, lo paranoico, catatónico y heberfrénico quedaron incluídos en la categoría de la demencia precoz con una base etiológica orgánica en común, de caracter hipotético, con un desenlace de deterioro.

En cuanto a la paranoia pura, Kraepelin (1976) la definió "como insidioso desarrollo de un sistema delirante persistente e incommovible, hallándose al mismo tiempo conservadas la claridad y el orden del pensamiento, la voluntad y la acción" (Kraepelin, 1976, p. 212-213) y (Swanson, Bohnert y Smith, 1974, p. 19). Esta es, en esencia, la definición psiquiátrica, en boga, hoy en día y, reconocida por Kraepelin dónde se recoge la característica principal de lo paranoide en su forma psicótica (Magaro, 1980).

De la paranoia pura, Kraepelin pensó era rara; e identificó una condición intermedia entre ésta y la demencia precoz - esquizofrenia - que denominó parafrenia, hoy día se le identificaría con la entidad de los estados paranoides. De esta manera creó una dimensión que recorría desde la demencia precoz, pasando por la parafrenia, hasta llegar a la paranoia pura. A esta dimensión, Kraepelin la definió en función del grado de desorganización del pensamiento formal; en uno de los extremos, con un mayor grado de desorganización en el pensamiento, la demencia precoz - esquizofrenia tipo paranoide-, hasta llegar al extremo opuesto, de menor desorganización, la paranoia (Magaro, 1980).

La relación subjuntiva entre lo paranoide y lo esquizofrénico, ocúpole a Kraepelin horas de arduas reflexiones e investigaciones. Por lo que, después de sostenidos vaivenes de incluir y excluir la paranoia de la

demencia precoz, según se comprueba en su obra -a lo largo de las ocho ediciones de su tratado-, Demencia Precoz y la Parafrenia (1919), terminó por separar de la demencia precoz algunos cuadros paranoides, agrupándolos bajo los términos de parafrenia - estados paranoides- y, paranoia.

A esa última categoría, Kraepelin la aisló de otras psicosis endógenas y, le atribuyó un desarrollo anormal que acontece en personalidades psicopáticas bajo la influencia de tensiones cotidianas. Para él, la verdadera paranoia era incurable, y creyó que si ésta se presentaba con alucinaciones u otros signos de franco deterioro, debería ser diagnosticada como demencia precoz o parafrenia (Swanson, Bohnert y Smith, 1974).

Por su parte, Eugen Bleuler reconoció la existencia de tres tipos de trastornos paranoides: la paranoia, la forma paranoide de la demencia precoz y un grupo intermedio. Consideró, por vía investigativa, que la paranoia delimitada por Kraepelin era un caso de esquizofrenia, considerándola como crónica o leve, con ideas delirantes fijas, pero con sintomatología leve de difícil demostración. Asimismo sostuvo que la parafrenia, en la clasificación kraepeliana, no podían separarse de la esquizofrenia. Aunque no añadió nuevas características al síndrome paranoide, su contribución al estudio de este concepto consistió en sugerir que toda forma de paranoia era una expresión de la esquizofrenia (Swanson, Bohmert y Smith, 1974).

Bleuler (1950) sustituyó el término de la demencia precoz por el de esquizofrenia. Después incluyó, como parte de la esquizofrenia, los subtipos de lo catatónico, hebefrénico, la esquizofrenia simple y lo paranoide .

La razón que adujo Bleuler (1950) para agrupar a los paranoides juntos a los subtipos de la esquizofrenia: todos exhibían una perturbación en los procesos asociativos. También, incluyó en la categoría de la esquizofrenia tipo paranoide, a la clasificación kraepeliana de la parafrenia, ya que los síntomas cruciales de las ideas de referencia y delirios eran casos especiales de la perturbación asociativa, común a todos los esquizofrénicos. En cuanto a la paranoia pura, opinó Bleuler (1950) que por su rareza debería de eliminarse como categoría diagnóstica. Estas reclasificaciones de lo paranoide en lo esquizofrénico, condujo algunos a sostener que la máxima contribución de Bleuler, a los fines de esta disertación, consistió en sugerir que toda forma de paranoia era sintomática de la esquizofrenia (Swanson, Bohmert y Smith, 1974).

De las distintas formas nosológicas que comprenden el proceso paranoide, fue a la esquizofrenia tipo paranoide la que se consideró para estudio en esta investigación doctoral por estar dentro de los señalamientos efectuados por Magaro (1980): la esquizofrenia tipo paranoide no es una forma de esquizofrenia sino una forma perteneciente a las otras entidades psicóticas de lo paranoide.

El actual pronunciamiento de Magaro (1980), contrasta, hoy día con el dominio del paradigma dominante en las clasificaciones psiquiátricas en boga: el DSM III (1980) nomenclatura oficial de la Asociación Americana de la Psiquiatría, y la de la ICD- 9, la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

En el DSM III (1980) la esquizofrenia tipo paranoide es considerada como:

"La sintomatología esencial se concreta predominantemente en ideas delirantes de persecución o grandeza, o alucinaciones de contenido persecutorio de grandeza. Puede haber además ideas delirantes de celos.

La sintomatología asociada se acompaña de ansiedad no focalizada, ira, discusiones y violencia. Además, pueden existir dudas acerca de la identidad sexual, o miedo a ser considerado como homosexual o relacionarse con homosexuales.

El deterioro puede ser mínimo si la actividad no está influída por la producción delirante, ya que es relativamente rara la desorganización grosera de la conducta. De forma similar puede estar preservada la sensibilidad afectiva. A menudo, se observa una afectación en la calidad formal de las interacciones interpersonales.

El comienzo puede ser más tardío que en los otros subtipos y los síntomas son más estables en el tiempo.

Si un familiar emparentado biológicamente con un sujeto que tiene este subtipo presenta también una esquizofrenia, hay pruebas de que el subtipo de ese pariente también tiende a ser paranoide." (Página, 201).

Por su parte, la ICD-9, (1978) define al tipo paranoide como:

"Forma de esquizofrenia a la que el cuadro clínico es denominado por ideas delirantes relativamente estables que pueden estar acompañadas de alucinaciones. Con frecuencia las ideas delirantes son de persecución pero pueden tomar otro aspecto- por ejemplo: de celos, nacimiento ilustre, misión mesiánica o cambio corporal-. Es posible la presencia de alucinaciones y comportamiento errático; en algunos casos la conducta se trastorna seriamente desde el inicio de la enfermedad; el desorden del aplanamiento afectivo con ideas delirantes y alucinaciones fragmentarias". (Página, 433)

En las definiciones anteriormente expuestas se recogen concretamente el planteamiento del paradigma dominante: de que cierta forma de lo paranoide es una forma de esquizofrenia, llamada esquizofrenia tipo paranoide.

Como se dijo anteriormente, frente a la tendencia reinante del paradigma de orientación kraepeliana y bleuleriana de incluir en una sola categoría nosológica cierta forma de lo paranoide en la esquizofrenia, han surgido unos

desarrollos teóricos y evidencias empíricas que colocan a la anterior postura en entredicho y, que ha dado pie para la creación de un nuevo paradigma, el ascendente, sostenedor de que esa cierta forma del proceso paranoide es independiente del esquizofrénico, es decir, la esquizofrenia tipo paranoide no es una forma de esquizofrenia, sino una forma de psicosis reclasificable en los estados paranoides (Magaro, 1980) o bien, en los estados depresivos, preferentemente, como un modo de brega con la depresión, parecido a la forma maníaca (Zigler y Glick, 1984).

2.2 Paradigma emergente: la esquizofrenia tipo paranoide no es un proceso esquizofrénico.

Los fundamentos teóricos y empíricos para diferenciar y categorizar a los esquizofrénicos paranoides como psicosis separada de la esquizofrenia, emanaron de distintos contextos teóricos y metodológicos que a continuación se expondrán.

2.2.1 Las Escuelas Dinamicistas.

Las escuelas dinamicistas centraron sus esfuerzos teóricos y clínicos por comprender la etiología dinámica de todo paciente mental. La orientación de este grupo de dinamicistas entró en oposición con la psiquiatría descriptiva. En este grupo de dinamicistas, algunos se percataron de que en el caso de los paranoides y de los esquizofrénicos, había razones teóricas y clínicas de sobra

para separarlos como grupos con inicio de condición, pronóstico, historia y dinámica diferentes.

Así Freud (1894) los diferenció desde el punto de vista de la fuente ansiogénica y del mecanismo defensivo utilizado. Freud apuntó que el mecanismo utilizado por el paranoide era la proyección y, en el esquizofrénico, la represión.

Por su parte, Klein (1948) utilizó el nivel de desarrollo como la dimensión básica de personalidad. Con arreglo a ello, diferenció a los paranoides del resto de los esquizofrénicos de acuerdo con las estructuras de personalidad, configuradas en distintos períodos de desarrollo. Para Klein, el paranoide puede diferenciar, aunque rudimentariamente, la realidad interpersonal, gracias a sus tempranas personificaciones del "yo-bueno" y "lo malo-no-yo". Semejante discriminación, de acuerdo con Klein, le es imposible al esquizofrénico.

En su caso, Searles (1959) consideró, por un lado, las reacciones características de los pacientes paranoides y no paranoides durante el proceso de transferencia en la terapia y, por el otro lado, las relacionó con las dimensiones básicas de la personalidad de estos pacientes afín de auscultar la posibilidad de diferenciarlos en cuanto al mantenimiento nocional sobre el proceso terapéutico. Searles (1959) consiguió la siguiente diferenciación: a los esquizofrénicos, les fue imposible la noción terapéutica, mientras que a los paranoides, sí, empero, irrealísticamente.

Un ejemplo del grado de desarrollo teórico alcanzado en estas orientaciones dinamicistas, como para permitir separar la forma paranoide de lo esquizofrénico, se evidencia en la contribución de Henderson y Gillespie (1956), cuando desarrollaron una categoría diagnóstica de la forma paranoide distinta a la de los esquizofrénicos. El establecimiento de esta categoría estuvo fundamentado sobre la base de que los paranoides mostraban una personalidad subyacente distinta.

Schwartz (1963) después de revisar el concepto paranoide, concluyó: que los paranoides y los esquizofrénicos son diferentes. El esquizofrénico es una condición de distanciamiento autístico con respecto al mundo externo, debido a la falta de mecanismos defensivos eficaces. Mientras que lo paranoide es un modo de adaptación para enfrentar al mundo y evitar la retirada autística, por lo que sería una maniobra restitutiva.

2.2.2 Procesos Familiares.

De la misma forma, aunque de una perspectiva diferente: los procesos familiares, Wallace y Fogelson (1965) y Goodman (1968) han destacado diferenciaciones entre los esquizofrénicos paranoides y no paranoides. Estas diferencias radican en el uso predominante de la estrategia paranoide, frente a la evasión -en los no paranoides - para reducir la disonancia entre la identidad verdadera y la ideal.

Por lo que corresponde a Goodman (1968), tal diferencia obedeció al grado de influjo relativo entre lo materno - paterno entre los pacientes antes aludidos: la figura de la madre es de mayor influjo en los no paranoides, mientras que la figura del padre, en los paranoides. Estos datos surgieron del análisis del contenido de los delirios de dichos pacientes.

2.2.3 Las Pruebas Psicológicas.

También en la pruebas psicológicas, en específico, la prueba WAIS, Schafer (1948,1954); Weiner (1966) y en la prueba proyectiva de Rorschach (Weiner, 1966) se encontraron diferencias entre los paranoides y los no paranoides.

Así, y con arreglo a los estudios de Schafer (1948) y Weiner (1966) usando la WAIS, destacaron que los paranoides obtuvieron resultados más altos que los no paranoides en las subpruebas de comprensión, aritmética, y completar la figura.

En el caso de la prueba proyectiva Rorschach, los paranoides mostraron mejores formas, organización y articulación del campo, que los no paranoides. Por regla general, los paranoides como grupo, nombran infrecuentemente el color.

Los hallazgos anteriores concurren con la conclusión de Payne (1961) de que el cociente de inteligencia - CI -, así como otras funciones intelectuales, en el caso de los

paranoides, estaban menos deterioradas. Conclusión análoga a la de Lothrop (1961), quién sostiene que la ejecutoria conceptual de los paranoides revelan un menor menoscabo conceptual.

Estos hallazgos indican concurrentemente la existencia de las diferencias significativas entre los paranoides y los no paranoides respecto a la capacidad conceptual. Esta capacidad está relativamente intacta en el caso de los paranoides. De ésto se desprende, que a los paranoides, a diferencia de los no paranoides, se les facilita organizar y reaccionar conceptualmente con los estímulos.

Retomando la prueba proyectiva Rorschach como técnica diferenciadora entre los grupos paranoides y no paranoides, Weiner (1966) destacó dos aspectos : primero, las disposiciones cognitivas desiguales de ambas grupos actuaron como determinantes en sus diferencias de personalidad, y en segundo lugar, se reflejaron, por tanto, en sus análisis de los signos del protocolo de la prueba. Efectivamente, ese examen diferenció en el paranoide aquellas variables estructurales de su personalidad más intacta, cuando reveló que los paranoides, a diferencia de los no paranoides, exhibieron mayores F+ % y D%.

En cuanto a la dependencia del campo estímular, las medidas del Rorschach: W% y Dd%, muestran los siguientes datos: pocas W, los normales, con un mayor porciento, seguidos por los no normales, y por un porciento mínimo de W, para los paranoides, mientras que en el por ciento de Dd,

la relación fue a la inversa, es decir, los paranoides produjeron el por ciento mayor, seguido por los normales, y por último, los no paranoides. Estos por cientos indican que los paranoides están centrados en el detalle, del que se supone adquieren más significado, mientras que los no paranoides exhiben respuestas globales hacia el campo estimular.

Basados en los datos anteriormente expuestos, Weiner (1966) describe al paranoide como un buscador infatigable del significado verdadero y oculto en el campo perceptual. Más adelante, se prestó a inferir lo siguiente: el desatender el campo perceptual y aplicar sus conceptos independientemente de si se ajusta o no al percepto podría entenderse como que las manchas de tintas en tanto percepto, así como la mayoría de los datos sensoriales, él no los puede asimilar.

Asimismo, Weiner (1966) sostiene que la preferencia de los paranoides por los M - movimientos- sobre el C - color-, es un signo reflejante del estilo ideativo. Sin embargo, contrario a esos datos, y por supuesto, a la anterior interpretación, Rappaport, Gill y Schafer (1968) sostienen que la rigidez del paranoide impide la preponderancia del movimiento.

A manera de resumen, los datos obtenidos con la prueba Rorschach indicaron, en el caso de los paranoides, lo siguiente: su personalidad estuvo más intacta; centrados en el detalle, del cual buscaron obtener el significado verdadero y oculto en el campo estimular; desatendieron el campo

perceptual y aplicaron sus conceptos independientemente de si se ajustaban o no al al percepto, ésto levantó sospechas de que los paranoides no los pudieron asimilar; y finalmente, se puso entredicho si en los paranoides se dá o no la preponderancia al movimiento (Rappaport, Gill y Schafer, 1968).

2.2.4 El Análisis Factorial

Otra técnica utilizada para diferenciar entre la sintomatología paranoide y no paranoide, ha sido el análisis factorial.

Ya en el 1952, Guertin la utilizó en el estudio con 100 psicóticos hospitalizados. Encontró dos factores generales correspondientes a las descripciones de los paranoides y los no paranoides.

En el factor paranoide, Guertin (1952) incluyó temas respecto al bien y el mal, sexuales, ideas de persecución y suspicacia, mientras que en el factor no paranoide incluyó: retardación motora, asociaciones indefinidas, confusión en lo social y pobre afecto.

Posterior y recurrentemente, las distinciones de Guertin fueron apoyadas por los trabajos de Lorr y asociados (Lorr, 1953,1955,1964,1966; Lorr, Jenkins, O' Connor,1955; Lorr, Klett, Cave, 1967; Lorr, McNair, Lasky,1963; Lorr, Klett, McNair, Lasky, 1963; Lorr, McNair, Klett, Lasky, 1962; Lorr, O'Connor, Stanford,1960). Lorr (1953) a diferencia de Guertin (1952), encontró, en primer

lugar, diez factores de psicosis, posteriormente, Lorr et al. (1967) usaron la Escala Psiquiátrica Multidimensional para pacientes hospitalizados, y encontraron que se redujeron a cinco los factores de la psicosis.

Del estudio de Lorr (1953), los diez factores de psicosis encontrados se dividieron y se distribuyeron en tres categorías diagnósticas: tres a los paranoides, cuatro a los no paranoides y tres a la psicosis afectiva- depresiva y maníaco depresiva.

Los tres factores asociados a los paranoides fueron : hostilidad beligerante, proyección paranoide y grandiosidad. Los cuatro factores vinculados a lo no paranoide: desorientación conceptual, desorientación y distorción perceptual y perturbación motora; los tres factores restantes, enlazado a la psicosis afectiva, resultaron ser: intrapunitividad, retardación, apatía y excitabilidad.

En un estudio posterior, ya aludido anteriormente, Lorr et al. (1967) redujeron el número de factores psicóticos a cinco, distribuyéndolos de la siguiente manera: dos factores asociados a la sintomatología paranoide; dos asociados a la esquizofrenia no paranoide, y por último, uno a los síntomas depresivos.

A los fines de esta investigación se destacaron de los resultados del trabajo de Lorr et al. (1967), aquellos que competen a los paranoides y los no paranoides.

En el estudio de Lorr et al. (1967), los dos factores asociados a los paranoides: factor de proceso paranoide y el

factor de hostilidad paranoica, se vincularon a las siguientes síntomas, en el factor de proceso paranoide incluyó los delirios de referencia, persecuciones, conspiración, control, destrucción corporal, distorsiones perceptuales y superioridad personal; en el factor de hostilidad paranoide quedó asociado a los síntomas de distorsiones perceptuales y beligerancia verbal.

En los factores no paranoides, el factor de la hiperactividad desorganizativa incluyó la desorganización conceptual, perturbación motora, excitación; el otro factor, desorganización esquizofrénica: desorientación, retardación, y la desorganización conceptual.

Los tres estudios citados anteriormente: Guertin (1952); Lorr et al. (1962) y Lorr et al. (1967) sugirieron que los esquizofrénicos paranoides son más hostiles, más propensos de organizar sus experiencias mediante delirios, menos confusos y retraídos, mientras que los no paranoides exhibieron una desorganización motora, motivacional y de pensamiento. En general, la esencia de la aberración cognitiva, en el caso del paranoide, consiste de una sobreorganización; y en el esquizofrénico no paranoide, de una desorganización (Magaro, 1980).

2.2.5 Investigaciones Perceptuales y Conceptuales.

Asimismo, en un ámbito de las investigaciones perceptuales, conceptuales y sensoriales se destacaron una serie de estudios y trabajos respecto a los umbrales

sensoriales (Maher, 1966; Rappaport, Hopkins, Silverman, Hall, 1972; Singh y Kay, 1978), psicofísica de la percepción (Silverman, 1972; Silverman, Buchsbaum y Henkin, 1972; Ray y Foster, 1967; Silverman, 1967; Kelm, 1972; Landauer, Singer y Day, 1966), agudeza complicada (Silverman, 1964; Cegalis, Leen y Solomon, 1977; Magaro, 1969) que han considerado el funcionamiento perceptual de los esquizofrénicos paranoides y no paranoides, cuyos resultados y reflexiones han servido para sostener, sobre una base experimental, de que los paranoides y no paranoides son grupos o clases a parte. A continuación se presentarán y se discutirán esos resultados.

En términos generales, la literatura experimental sobre el umbral sensorio señala que tanto los paranoides como los normales manifestaron un umbral parecido, mientras que el de los no paranoides era más bajo. El grupo de investigación de Rappaport encontró que los paranoides y los normales reaccionaban a los estímulos hiposensitivamente, mientras que los no paranoides lo efectuaron al inverso, es decir, hipersensitivamente, pero ésto resultó válido en condiciones donde la sensibilidad sensoria era más importante que focalizar la atención, es decir, en aquellas condiciones en que había dificultad para detectar las señales.

Sin embargo, el efecto de la fenotiazina invierte esos umbrales o sensibilidades. Esta afirmación se basó en los señalamientos de Maher (1966) y de Rappaport et al.

(1971), Silverman (1972) y Judd, Goldstein, Rodnick y Jackson (1973) y McKinner y Singer (1969). Maher (1966) leyó los estudios de Saucer (1958), Saucer y Deabler (1959), y se percató del efecto de la fenotiazina: elimina el bajo umbral en los paranoides frente al fenómeno del movimiento aparente.

Por su parte, Rappaport, Hopkins, Silverman y Hall (1971) revisaron la literatura y revelaron dos aspectos de importancia: por un lado, los estudios que usaron el umbral visual y las medidas de agudeza gustativas, señalaron que los esquizofrénicos no paranoides agudos, libres de medicación fenotiazinada, respondieron hipersensitivamente a los estímulos de baja intensidad; y, por el otro lado, los investigadores apuntaron que en la tarea para detectar una señal auditiva, donde se compararon los esquizofrénicos paranoides con los no paranoides en condiciones con y sin fenotiazinas, se observó lo siguiente: en la condición con el medicamento, los paranoides se comportaron hipersensitivamente, mientras que los no paranoides respondieron hiposensitivamente. Es decir, la fenotiazina, afectó a los paranoides, aumentándoles su sensibilidad; y a los esquizofrénicos no paranoides, se la redujo. Por consiguiente, el efecto de la fenotiazina en los esquizofrénicos paranoides y no paranoides consistió en invertirles sus respectivos umbrales sensoriales, a la vez que actuó de manera opuesta, dependiendo del diagnóstico de paranoide o no paranoide.

Hasta aquí, los datos experimentales emanados de los estudios sobre el umbral sensorio, es claro: existen diferencias entre los paranoides y los no paranoides. Esta afirmación se concretizó en los señalamientos de Singh y Kay (1978) cuando, después de examinar distintos subtipos de esquizofrénicos en 33 medidas psicopatológicas en condiciones de sin y con fenotiazina, concluyeron, entre otras cosas: "los esquizofrénicos paranoides son probablemente una clase a parte de por si, y deberían ser considerados tanto clínicopatológico u etiológicamente distintos a los esquizofrénicos no paranoides" (página 6).

Silverman (1972) revisó el trabajo realizado en el área de la psicofisiología de la percepción respecto a la separación entre los paranoides y no paranoides y concluyó que los paranoides se comportaron como incrementadores de la intensidad en la estimulación del efecto posterior a la composición quinesética -"kinesthetic figural aftereffect"- , Silverman, Buchsbaum y Henkin (1972); en la las medidas de la tolerancia al dolor, Ryan y Foster (1967); al efecto posterior o la composición visual "visual figural aftereffect" Kelm (1962), Landauer, Singer y Day (1966) y al promedio de respuestas corticales suscitadas. Los paranoides no se comportaron como reductores de la estimulación entrante. Estas diferencias han sido tan consistentes que la dimensión del grado de incrementación - reducción, ha sido sugerido como un mecanismo de predicción del tipo de esquizofrenia (Magaro, 1980).

Desde la perspectiva de los trabajos en la agudeza complicada, Silverman (1964) revisó la evidencia disponible para el rastreo del alcance visual en los estudios sobre la constancia y estimación del tamaño; encontró los siguientes datos: los paranoides rastrearon al máximo y, los no paranoides, al mínimo.

Posteriormente, Cegalis, Leen y Solomon (1977) alegaron haber aclarado los anteriores datos del estudio de Silverman (1964), cuando afirmaron que los esquizofrénicos crónicos, principalmente, los no paranoides, manifestaron una mayor detección visual en la visión periférica que los normales. Este hallazgo sugirió que los no paranoides obtuvieron una mayor información del campo visual con un mínimo de rastreo, gracias a esa mayor detección visual periférica. Es decir, los no paranoides no necesitaron rastrear intensamente, ya que fueron más sensitivos a los estímulos visuales periferales. De manera que, su alcance visual resultó más amplio.

Por su parte, los paranoides, a diferencia de los no paranoides, tuvieron que rastrear con mayor amplitud el campo visual afin de poder compensar su reducida sensibilidad periférica. En otras palabras, el dilatado rastreo del paranoide en el campo visual, a fin de cuentas, resultó ser una reacción compensatoria a su falta de sensibilidad periférica.

En una revisión de la literatura sobre la dependencia al campo, Magaro (1980) indicó, entre otros aspectos, que los

paranoides se diferenciaron de los no paranoides por ser más independientes del campo. Magaro (1980) indicó que esa diferencia sugirió de que los paranoides estaban conceptualmente más desarrollados que los esquizofrénicos no paranoides.

Unido al desarrollo conceptual antes señalado, sobresale otra característica diferenciadora entre los paranoides y no paranoides, a saber, la marcada tendencia de asignar significados estereotipados a los estímulos. En ocasiones, esta estereotipia o rigidez, se traduce en un síntoma ostensible: la sugestionabilidad. Sobre este particular, Ham, Spanos y Barker (1976) señalaron que los síntomas paranoides se relacionaron negativamente con las medidas subjetivas de la sugestionabilidad usadas en las investigaciones sobre la hipnosis. Ese hallazgo sugirió que los paranoides difieren de los no paranoides, por una menor necesidad por las relaciones de dependencia.

2.2.6 Inflexibilidad y Persistencia.

Lo que a continuación acontece estará destinado a considerar aquellos trabajos sobre la inflexibilidad y la persistencia entre los paranoides y los no paranoides.

En cuanto a la intolerancia hacia la ambigüedad, Binder (1958) encontró que los sujetos con puntuaciones altas en la Pa del MMPI, manifestaron una intolerancia hacia la ambigüedad parecida a la de los paranoides.

Tanto Young y Jerome (1972) como McDowell, Reynolds y Magaro (1980) revisaron la literatura sobre el significado y las expectativas conceptuales en los paranoides y no paranoides. Esta revisión reveló que hay suficiente apoyo para la hipótesis de que los paranoides difieren de los esquizofrénicos no paranoides en virtud del significado atribuido y de las expectativas rígidas.

Tanto el significado atribuido como la rigidez en las expectativas de los paranoides, de acuerdo con los investigadores anteriormente citados, apuntaron hacia el uso de una estrategia de procesamiento informático que les permitió la adaptación. Ahora bien, el grado de adaptación de los pacientes corrió parejo con el grado que sus expectativas guardaban relación con la realidad.

La llamada rigidez de la predisposición u expectativa - "set" -, así como la dificultad consecuente para formar una nueva, representaron dos aspectos de un mismo proceso (Magaro, 1980). La rigidez de las mismas expectativas ya adquiridas, le dificultaron al paranoide la adquisición de nuevas expectativas. Generalmente, estas expectativas inflexibles generan expectativas sobre ciertos eventos. Es en este sentido se pueden conceptualizar a los delirios: ejemplos de expectativas recalcitrantes e inflexibles al extremo, anticipadoras de eventos improbables, y faltas de validación social, y por tanto, desviadas y denominadas por los otros como raras (Magaro, 1980).

Relacionado con lo anterior, Bassos (1973) senaló el efecto de la inflexibilidad de las predisposiciones en el recuerdo de asuntos de temas delirantes, cuando encontró en los paranoides, a diferencia de los no paranoides, que distorcionaron el recuerdo de aquellos asuntos cargados de sentimientos que reflejaban temas delirantes, a pesar de todo la restricción que en el significado había ejercido el experimentador.

El hallazgo anterior guarda singular importancia para la investigación de Forgas y De Wolfe (1974) sobre la codificación del insumo cognitivo en los pacientes delirantes. El propósito de ese trabajo consistió en determinar si el contenido temático del delirio podría ser usado como predictor de los tipos de categorías cognitivas que los pacientes utilizan para conceptualizar su realidad - hipótesis sobre la congruencia cognitiva. La hipótesis fue corroborada. El constructo de la realidad obtenido para los 54 sujetos en la prueba de las Consecuencias Lógicas, estuvo significativamente correlacionado con los temas delirantes dominantes. Los hombres percibieron significativamente más presión interpersonal, mientras que en las mujeres fue la presión sexual. Ambos grupos, a diferencia del grupo de control, percibieron que la presión procedía más del entorno ambiental que desde sus fueros internos.

La heterogenidad entre los pacientes esquizofrénicos ha llevado a muchos investigadores a hipotetizar que la esquizofrenia no es una entidad nosológica compacta, sino

que comprende desórdenes distintos aunque relacionados (Cromwell, 1972). Una de esas diferencias, es la ya mencionada anteriormente: lo paranoide y lo esquizofrénico.

Con esa diferenciación entre los esquizofrénicos paranoides y los no paranoides, dió pie para formar dos grupos más homogéneos. Esta nueva formación conllevó una serie de ventajas, a saber: primero, la perturbación del pensamiento de los paranoides parece ser diferente de los otros esquizofrénicos. En los paranoides, a parte de su sistema de creencia delirante, manifestaron, por regla general, un menor desorden en el pensamiento formal que los esquizofrénicos (Chapman y Chapman, 1973). Asimismo, manifestaron menos perturbaciones de conductas, tales como: retraimiento, regresión o conductas atípicas (Lang y Buss, 1965). En segundo lugar, los paranoides difirieron de los no paranoides, como se mencionó anteriormente, en sus respuestas a la fenotiazina, tal y como fue medido en los potenciales evocados (Silverman, 1972) y en las tareas sobre perceptos atencionales (Judd, Goldstein, Rodnick, y Jackson, 1973; McCormick y Broekema, 1978).

A parte de las diferencias clínicas, metodológicas, así como de los trabajos sensoriales y perceptuales respecto a los umbrales sensoriales, la agudeza compleja y de la psicofisiología de la percepción sobre el funcionamiento perceptual de los esquizofrénicos, anteriormente discutidos, han servido para fundamental la distinción entre los esquizofrénicos paranoides y no paranoides, sin embargo,

existe otro acopio de datos diferenciadores - evidencia - en la ejecutoria de estos pacientes en las tareas psicológicas.

2.2.7 La ejecutoria en las tareas psicológicas.

Se ha encontrado que los paranoides, a diferencia de los no paranoides, han ejecutado de forma superior en algunas tareas psicológicas, incluidas las cognitivas (Hamlin y Lorr, 1971); en los tiempos de reacción (1968; Shakow y McCormick, 1965; Venables y O' Connor, 1959).

Desde una perspectiva distinta, en específico, el análisis de tareas, McGhie, Chapman, y Lawson (1965) apuntaron que los paranoides manifestaron menos distracción en una tarea requeridora de oír una señal, al tiempo que se les pidió que ignoraran a una segunda.

Por otra parte, hay una serie de estudios indicadores de que los paranoides exhibieron una ejecutoria inferior a la de los no paranoides en las tareas sobre la detección de señales auditivas y propioceptivas (Resneck, 1974) y en la ejecutoria, estrictamente hablando, de la detección de señales auditivas (Rappaport, Hopkins, Silverman, Hall, 1971; McDowell, Reynolds y Magaro, 1975; McCormick y Broekema, 1978) revelaron que los paranoides fueron capaces de completar oraciones, siempre y cuando, la palabra requerida fuera de elevada probabilidad, de lo contrario, su ejecutoria era peor que la de los no paranoides.

Además, hay una serie de tareas que involucran variables atencionales y perceptuales, útiles para continuar

diferenciando entre esas dos nosologías psiquiátricas. Entre esas tareas destácase las de la estimación del tamaño y las de reconocimiento perceptual.

Los paranoides, por lo regular, subestiman el tamaño, mientras que los no paranoides, lo sobreestiman (Davis, Cromwell, Held, 1967; Neale y Cromwell, 1968; Silverman, 1964; McCormick y Broekema, 1978).

Cashdan (1966) utilizó en su estudio una tarea de reconocimiento perceptual. Separó a los esquizofrénicos crónicos en pacientes marcada y mínimamente delirantes. No encontró diferencias en la rigidez o responsividad entre esos grupos de esquizofrénicos crónicos. Estos hallazgos pueden haber obedecido a que los procesos activos, responsables de los delirios no estuvieran presentes en los pacientes crónicos. Sin embargo, McReynolds, Collins y Acker (1964) informaron que los paranoides delirantes identificaron una mayor cantidad de estímulos ambiguos, que los no paranoides

Estos hallazgos, en su conjunto, sugieren que las diferencias entre los paranoides y los no paranoides, son más bien de naturaleza cualitativa.

En la Tabla 2.1 se resume parte de la evidencia para sustentar tal diferenciación entre los esquizofrénicos tipo paranoides y no paranoides.

TABLA 2.1

DIFERENCIAS CONDUCTUALES ENTRE LOS
ESQUIZOFRENICOS TIPO PARANOIDES Y NO
PARANOIDES.

1. Los esquizofrénicos tipo paranoides evidenciaron ser menos distraídos que los no paranoides.
(Confirmado: McGhie,1970)
2. Los esquizofrénicos tipo paranoides mostraron mayor rigidez y resistencia para cambiar conceptos que los no paranoides. (Confirmado: McCormick y Broekema,1978; Asarnow y MacCrimmon, citado por Cromwell y Pithers,1981)
3. Los esquizofrénicos tipos paranoides con límites más articulados que los no paranoides. (Confirmado: Fisher (1964,1966); Johnson (1980).
4. Los esquizofrénicos tipo paranoides con una mayor tendencia hacia el pensamiento sobreincluido que los no paranoides. Corfirmado: Payne, Matussek y Georg (1959); Silverman (1964); Payne y Caird (1967).
Ahora bien, hubo estudios que no encontraron diferencias entre ambos grupos: Hawks (1964); Goldstein y Salzman (1965).
5. Los esquizofrénicos tipo paranoides con mayor habilidad para procesar la información compleja que los

no paranoides. (Confirmado: Hirt, Cutler y Gensharft (1977)).

6. Los esquizofrénicos tipo paranoides obtuvieron puntuaciones en la prueba Rorschach que indicó un nivel más alto de desarrollo que los no paranoides (Confirmado: Siegel (1953); Sin embargo, hubo un estudio que no encontró diferencias entre los dos grupos: Harder y Ritzler (1979).
7. Los esquizofrénicos tipo paranoides dieron una cantidad menor de respuestas asociativas a palabras inmaduras. Confirmado: Youkilis y DeWolfe (1975).
8. Los esquizofrénicos tipo paranoides obtuvieron cocientes de inteligencia más altos que los no paranoides. Confirmado: Trapp y James (1937), Watson y Baugh (1966).
9. Los esquizofrénicos tipo paranoides mostraron una ejecutoria superior en una variedad de tareas cognitivas que los no paranoides. Confirmado: Eliseo (1964); Shakow (1963); Hamlin y Loor (1971).
10. Los esquizofrénicos tipo paranoides con una mayor sensibilidad para la detección de señales que los no paranoides. Confirmado: Price y Erisen (1966); Rappaport, et al (1971); McDowell, Reynolds y Magaro (1975). No obstante, hubo evidencia al contrario, Rappaport, Hopkins y Hall (1972) informaron un hallazgo opuesto, una menor sensibilidad en los paranoides que en los no paranoides.

11. Los esquizofrénicos tipo paranoides mostraron un tiempo de reacción mayor que los no paranoides. Confirmado: Cromwell y Pithers (1981).
12. Los esquizofrénicos tipo paranoides exhibieron una tendencia mayor hacia la subestimación del tamaño que los no paranoides.- Supuestamente debido al mayor escudriñamiento del paranoide. Confirmado: Rausch (1952); Weckowitz (1957); Hartman (1962); Silverman (1964); Venables (1964); Davis, Cromwell y Held (1967); Neale y Cromwell (1968); Vojtisek (1976). Ahora bien, hubo estudios que no encontraron diferencias entre los dos grupos: Lovinger (1956); Weckowitz y Blewett (1959); Price y Eriksen (1966); Kopfstein y Neale (1971); Neale, Davis y Cromwell (1971); Strauss, Fouremann y Parwatikar (1974).
13. Los esquizofrénicos tipo paranoides manifestaron una mayor tendencia al cierre perceptual que los no paranoides. Confirmado: Snyder (1961); Johannsen, Friedman y Liccione (1964).
14. Los esquizofrénicos tipo paranoides mostraron una mayor percepción mínima al movimiento autokinético que los no paranoides. Confirmado: Sexton (1945); Schlossberg y Rattok (1974).
15. Los esquizofrénicos tipo paranoides manifestaron una mayor susceptibilidad hacia los efectos de la ilusión de

Muller-Lyer que los no paranoides. Confirmado: Kar, citado por Cromwell y Pithers (1981).

**Traducido de la Tabla 2, Zigler y Glick (1984).

2.2.8. Plano Metodológico.

De acuerdo con Magaro (1980) otro acontecimiento, pero en un plano metodológico, que ayudó a la diferenciación entre los paranoides y lo no paranoides fue el siguiente: antes del 1950, era práctica común seleccionar indistintivamente a los esquizofrénicos sin atender a sus diferencias de subtipos. Así se formaban grupos heterogéneos de distintas formas psicóticas. A esas selecciones indistintivas de las formas psicóticas, en la formación de grupos investigativos, trajo resultados tan inconsistentes y dispares en las investigaciones sobre la esquizofrenia.

Con posterioridad al año 1950, inició una nueva práctica: la selección diferenciada entre los de esquizofrénicos con base al criterio del diagnóstico de paranoide y no paranoide. Ese hecho, de por sí, contribuyó a la formación de grupos más homogéneos y ésto contribuyó, en parte, a detectar diferencias entre los esquizofrénicos y los paranoides (Magaro, 1980).

Este desarrollo de orden metodológico, preparó las circunstancias teóricas e investigativas para el advenimiento de nuevas evidencias empíricas y desarrollos teóricos a un nivel experimental, abonando decididamente al resquebrajamiento del paradigma dominante. En esta perspectiva resultan de sumo interés los hallazgos empíricos de Buss y Lang (1965), Johansen, Freidman,

Leitschuh y Ammons (1963), Lang y Buss (1965), Payne, Carid y Laverty (1964), Shakow (1962, 1963), cuando señalaron reiterada y consistentemente las diferencias entre los esquizofrénicos no paranoides y los paranoides, obtenidas en tareas de laboratorios. Esas diferencias, a niveles cognoscitivos, apuntaron a que los paranoides se caracterizaron por la predominancia del proceso conceptual, mientras que los no paranoides, por el perceptual. Esa caracterización diferenciadora de estos dos estilos cognitivos distintos, sirvió para separar a esos pacientes en dos categorías igualmente distintas.

CAPITULO TERCERO: APORTACIONES TEORICAS Y
EMPIRICAS EN TORNO A LOS
PARANOIDES.

3.1. El papel de la inteligencia y la afectividad en el pensamiento paranoide.

Las primeras descripciones clínicas iban acompañados de hipótesis etiológicas en las que se discutía si la causa primaria del pensamiento paranoide radicaba en un trastorno intelectual o afectivo. Heinroth y Kahlbaun opinaron que se trataba de un trastorno que afectaba principalmente la esfera intelectual (Meyer, página 495, 1951).

Kraepelin sostuvo la postura del párrafo anterior. Asimismo, Bleuler (1951) supuso que el razonamiento lógico se debilitaba y, únicamente, a causa de ello, se incrementaba la influencia de la afectividad.

Por el contrario, Meyer creyó que la paranoia debía considerarse como un trastorno del sistema afectivo. Ese trastorno se producía como consecuencia de un desarrollo anormal, tanto de una experiencia abrumadora como de un deterioro anormal (Bleuler, 1951).

Por su parte, Jung (1936) encaró la disputa y propuso que en el paranoide existe un estado afectivo anormalmente intenso que se cristalizaría al iniciarse dicho fenómeno, cuando en el ambiente se le produjo una serie de incidencias no relacionadas entre sí. De esa combinación afectiva y de

creencias con símbolos asociados, dieron pie para el desarrollo del complejo. El que por su persistencia y acentuación trajeron como resultado los delirios paranoides y los sentimientos referenciales.

August Hoch propuso que los complejos formados alrededor de puntos sensibles de las personas, por lo regular, la agresión o la sexualidad y los fuertes sentimientos de culpa, así como el deseo o frustración, y la concienciación de esos complejos, su influencia se redujo, por un estado emocional agudo, por lo que los complejos asumieron la forma de suspicacia e ideas delirantes de persecución, debido a la "tendencia natural" de culpar a los demás, excepto a uno mismo, cuando las cosas salen mal (Swanson, et al, 1970).

La concienciación de alguna insuficiencia o cualidad inaceptable, atribuída a otra persona posteriormente, estuvo presente en la conceptualización de Hoch; esta misma idea tuvo su arraigo en Freud (1911), Strecker et al. (1934), y en Sullivan (1956).

Hasta ahora, a juzgar por las referencias revisadas, se dedujo que los primeros clínicos atribuyeron la causa del pensamiento paranoide a un trastorno o de la esfera intelectual y/o de la afectividad.

Para Swansom y et al (1970, página 219) era imposible que Bleuler y Meyer concibieran la afectividad y el intelecto como independientes entre sí, por la controversia circular que ello había planteado. Aunque ambas funciones están

involucradas en el proceso paranoide, es posible que en ciertos pacientes el factor primario sea uno de los dos. Por ejemplo, en los maníaco depresivos, se ha observado que con un aumento gradual en las reacciones afectivas (hipomanía) hay poca afectación de las funciones intelectuales. En el cenit de la conducta maníaca, se han observado pensamientos paranoides, los que han desaparecido, paralelamente, con la reducción de la manía. Esta observación es válida también, en los casos de la depresión profunda.

Ahora bien, dada la relación directamente proporcional entre el trastorno paranoide de origen afectivo y la remisión en la alteración afectiva, es decir, que un decremento en las ideas delirantes va acompañada de una correspondiente disminución en la afectividad; es menester, por tanto, preguntarse a qué obedece esta relación. ¿Es producto del efecto de la acción de la esfera intelectual, por el sujeto haberse preguntado sobre los cambios internos percibidos, por ejemplo, los cambios ante un súbito aumento o al descenso de su energía, o la fuga de ideas o el enlentecimiento del curso del pensamiento? o es el resultado de factores externos, o una interrelación de esos factores y funciones. Podría, en definitiva, preguntarse sobre si la relación considerada ¿Es o no, una relación constante para todos los casos?

Swanson et al (1970) se adhiere a la primera posibilidad, al sugerir que la disminución de las ideas

delirantes, de origen afectivo responden a la acción de la función intelectual. Es más, sostienen que la "necesidad del paciente por conciliar ese cambio percibido, ya sea interno u externo, con la experiencia previa, y su incapacidad para llevarlo a cabo, son comunes a todas las circunstancias bajo los que se produce el pensamiento.

Ese factor afectivo, recibe apoyo teórico, en la conceptualización sobre los delirios por parte de Maher (1974); factor, que aunque considerado de importancia por Mayer, no ha sido, hoy día, en su mayoría, suficientemente considerado.

El modelo Mayeriano, mencionado por Swanson et al (1970) y presentado aquí esquemáticamente, sería: previo a la manifestación del pensamiento paranoide, el sujeto experimentó un intenso estado afectivo, descrito de diversas formas: extrañeza, pánico, pusilaminidad o confusión; lo que implica una conciencia de malestar, por lo regular, intenso, y, por lo general, referido a un sentimiento jamás experimentado. De ésto, surge la interpretación paranoide. En cuanto al contenido, es un intento, más o menos, elaborado de evitar la recurrencia del estado afectivo desagradable, o de los sentimientos desagradables en general. Por lo que respecta, al papel de la explicación paranoide, el individuo reduce el sentido de la incertidumbre ya que, ahora, sabe por qué experimentó el malestar, y así, en un futuro cercano podrá defenderse.

3.2 La depresión y su relación con la esquizofrenia tipo paranoide: el modelo de Zigler y Glick (1984); y revisión de la literatura.

La paranoia como una defensa contra un sentimiento de inferioridad y/o sentimientos de culpa o de pensamientos depresivos, ha sido considerado por algunos teorizantes como Dollard y Miller (1950), Lewis (1979), Nydas (1963), Salzman (1960), Schwartz (1963), Sullivan (1956), Meissner (1981) y Colby (1976). Así Meissner (1981) llama la atención de que para comprender el tratamiento del proceso paranoide, es sumamente importante reconocer la relaciones entre las defensas paranoides y la depresión, la inadecuacidad personal y la autoestima disminuía. Meissner (1981) afirma que "los paranoides pueden solamente abandonar su postura paranoide a espensas de confrontarse con una severa depresión" (página 125).

Si la depresión desempeña un papel sobresaliente en el comportamiento paranoide, entonces, debería existir un paralelismo entre estos dos fenómenos psicológicos. El primer rasgo compartido por la depresión y el mecanismo paranoide, consiste en que en los dos pueden considerarse o bien como un síntoma circunscripto o bien como un desorden acabado. En su similitud con la depresión, se podría esperar que lo paranoide fuera igualmente prevaleciente y que estuviera ordenada con arreglo al grado de su severidad. Sobre estos dos aspectos, parece

haber un consenso entre los profesionales (Zigler y Glick, 1984, pág. 57).

De acuerdo con Zigler y Glick (1984) la omnipresencia " del mecanismo paranoide ha sido ampliamente advertido por Freedman y Schwab (1978), Magaro (1981), Meissner (1978, 1981), Torrey (1981), y Wurmser (1980).

Lo mismo que ocurre con la depresión, ocurre con lo paranoide, su sintomatología se encuentra frecuentemente en otros de grupos nosológicos. Freedman y Schwab (1978) encontraron que el 40% de todos los pacientes admitidos a las unidades psiquiátricas manifestaron síntomas asociados con la paranoia. De ese grupo, mas o menos, una tercera parte estaban diagnosticados como esquizofrénicos tipo paranoides. De los pacientes diagnosticados con reacciones de psicosis depresiva, el 70% mostró una sintomatología paranoide; de los pacientes con desórdenes afectivos, el 50% acusaron síntomas paranoides; y en aquellos con un síndrome de psicosis orgánica cerebral, un 63% reveló sintomatología paranoide.

Asimismo, las ideas de referencias y suspicacia, tan comunes en la paranoia, se han advertido también en los pacientes neuróticos y en casos de los desórdenes de personalidad. De la misma forma, hasta en los estudiantes universitarios, sin patología reconocible, se han encontrado la presencia de los mecanismos paranoides (Zigler y Glick, 1984).

De acuerdo con Zigler y Glick (1984) tanto la paranoia como la depresión involucran una preocupación con el "self". La dinámica general del proceso paranoide parece proteger directamente al sujeto de su sentido de inadecuación. Este punto de vista parece compatible con el punto de vista de Colby (1975, 1976, 1977) de que la paranoia es una defensa contra la humillación y la vergüenza. De la misma manera, el modelo sobre el pensamiento paranoide de Heilbrun (1972, 1975, 1978), hizo hincapié también en la baja autoestima, la sensibilidad a la evaluación social y en lo que compete, en específico, al rechazo. Dentro de esta perspectiva, los delirios se pueden conceptualizar como aserciones defensivas de superioridad e intentos restitutivos frente a un severo menoscabo a la autoestima.

El argumento presentado por los defensores de la tesis sobre la presencia de la depresión en la paranoia, y de las maneras restitutivas de estos pacientes por desahacerse del sentimiento de inferioridad, estuvo basado en la proyección de un sentimiento de inadecuación al mundo externo y de la sobreimportancia que se dá para sí, el propio paranoide.

Como en el caso de la depresión, clínicos como Chapman y Chapman (1980), Kendler y Tusuang (1981), Meissner (1978,1981), Strauss (1969), y Zigler y Levine (1983) han sugerido que el proceso paranoide puede ser visualizado como un continuo: extendido desde los delirios de la persecución y de grandeza hasta los más benignos y orientados hacia la realidad interpersonal, tal como ocurre

en las personas comunes y corrientes. Al describir el continuo de los desórdenes paranoides, Freedman y Schawab (1978) visualizaron a los delirios paranoides desde su forma más severa, comenzando en un polo superior, llamado los delirios paranoides y, con un polo final, a la suspicacia, de menor severidad, y entremedio de esos dos polos, de moderada severidad, las ideas de referencias. Tal amplitud de las formas delirantes, pueden incluir a cualquier individuo, desde aquel o aquella de mayor perturbación como el caso del esquizofrénico paranoide hasta al individuo más ajustado.

Otro continuo aludido en la paranoia y encontrado frecuentemente en la literatura psicopatológica, es el referente al polo de la esquizofrenia y extendido hasta el otro polo de la no esquizofrenia de corte paranoide. De acuerdo con Zigler y Glick (1984), Kendler y Tsuang (1981) tal continuo, que incluye tanto a la esquizofrenia como los paranoides no esquizofrénicos, recibió apoyo en la investigación efectuada sobre la literatura sobre la estabilidad diagnóstica de los desórdenes de psicosis paranoides. De tal investigación se desprendieron resultados que apuntaron de que en las subdivisiones de los desórdenes paranoides no todos terminaron en esquizofrenia.

Los dos parámetros utilizados por los clínicos para determinar cuando un desorden paranoide refleja un proceso de esquizofrenia está determinado tanto por el

grado de la organización o la incomprensibilidad del delirio paranoide, así como por el grado de probabilidad de que el delirio sea verdadero. El uso de estos parámetros para tales fines diagnósticos, dieron pie a confusiones, por lo que la extensión del espectro paranoia - esquizofrenia, el que comienza en la verdadera paranoia y extendiende hasta la esquizofrenia paranoide, quedó en entredicho (Zigler y Glick, 1984).

Las dificultades señaladas anteriormente por Zigler y Glick (1984) estuvieron presentes, tanto en los tiempos de Kraepelin como en el día de hoy. Por ejemplo, Meissner (1981) advirtió: "Kraepelin a parte de las dificultades que experimentó no pudo resolver la interrogante que gira en torno al grado en que la paranoia y la esquizofrenia se daban juntas o separadas " (Página 614).

Zigler y Glick (1984) sostienen que el estado de confusión arriba mencionado refleja el hecho de que la distribución de los pacientes a lo largo del espectro paranoide está sesgado en la dirección de los diagnósticos de la esquizofrenia tipo paranoide y casi nada en favor de los paranoides no esquizofrénicos. Asimismo, estos teorizadores creen que para el diagnóstico de estos esquizofrénicos tipo paranoides, los clínicos han utilizado escalas, por ejemplo, la de Venables y O'Connor (1959), la cual han estado muy cargadas de delirios ya sean los de control, referencia, persecución o los de grandeza. Dado que para Zigler y Glick (1984) los delirios paranoides son

indicativos de un proceso depresivo subyacente y no de un proceso esquizofrénico alguno, su alta frecuencia reflejaría, pues, a los pacientes paranoides y no a los esquizofrénicos. De modo, que los diagnósticos de esquizofrenía tipo paranoide reflejaría, pues, un proceso paranoide. Con ese razonamiento Zigler y Glick (1984) abandonaron el espectro de la paranoia - esquizofrenia y adoptaron la postura de que a los esquizofrénicos tipo paranoides deben incluirse dentro de la categoría general de la "paranoia".

La tesis que Zigler y Glick (1984) van a defender será la que los esquizofrénicos paranoides no son verdaderamente esquizofrénicos sino pacientes depresivos, quienes emplearan mecanismos para negar sus sentimientos de inadecuación e infelicidad.

El modelo conceptual desarrollado por Zigler y Glick (1984) toma de la genética los conceptos de fenotipos y genotipos. La esquizofrenia, la depresión, la senectud y el abuso de drogas representan los genotipos. Las esquizofrenias catatónicas, indiferenciada y la hebefrenia representan todas expresiones fenotípicas de un genotipo, la esquizofrenia. Mientras que la depresión unipolar, la manía, el alcoholismo y la paranoia son expresiones fenotípicas de un genotipo, la depresión. El resto de los genotipos, a diferencia de la esquizofrenia, pueden dar origen a la formación de una expresión fenotípica de paranoia. De acuerdo con este modelo, el fenotipo que más se asemeja al de la paranoia, es el de la manía.

Si los fenotipos mencionados anteriormente están asociados con el genotipo de la depresión, entonces, deberían compartir rasgos comunes y mostrar cierto traslapo entre si. Sobre ésto último tratarán los párrafos que siguen.

La presencia de síntomas paranoides en los desórdenes depresivos han sido frecuentemente encontrados por investigadores como (Garnezy, 1970), (Hamilton , 1969), (Kantor y Glassman, 1977), (Retterstöl, 1975), (Swanson, Bohnert, 1970) y (Toone y Ron, 1977). Los delirios de persecución han sido encontrados en una quinta parte (1/5) de los pacientes con desórdenes afectivos (Bowman y Raymond, 1931). Por su parte, Allen (1967) señaló que la depresión y la paranoia pueden ser sustituidos el uno por el otro, pero con la depresión como rasgo subyacente primario en los pacientes paranoides. De la misma forma, Meissner (1978) notó que Melanie Klein vió a los estados paranoides y los depresivos estrechamente relacionados. El traslapo entre los rasgos paranoides y la depresión, fue también recalcado por Arieti y Bemporad (1978); quienes describieron rasgos paranoides en varias formas de depresión severa.

Kraepelin (1921) se percató también del traslapo entre la depresión y los síntomas paranoides, tanto así que lo reflejó en la descripción suya de la manía delusiva y la melancolía paranoide. A este respecto, Kendler y Tsuang(1981) señalaron que Kraepelin, en un momento,

creyó que muchas de las formas agudas de las psicosis delirantes eran tipos de desórdenes maníaco depresivos.

El fenotipo que más se parece a la paranoia no es la depresión unipolar, sino la manía. En una revisión de la literatura, Pope y Lipinski (1978) han recalcado sobre la semejanza entre los síntomas de la manía y la paranoia. Por ejemplo, los delirios han sido informados para el 73% de los pacientes maníacos; los delirios persecutorios en un 42%, 53% y 65% de los pacientes maníacos (Taylor y Abrams, 1973, 1975) y (Carlson y Goodwin, 1973). Asimismo, Lipkin, Dyrud y Meyer (1970), Hay y Forrest (1972), Swanson, Bohnert y Smith (1974) informaron sobre lo dificultoso que les resultó distinguir entre los esquizofrénicos tipo paranoides de los maníacos usando como base la comparación de los síntomas.

De acuerdo con Zigler y Glick (1984) es Meissner (1978) quién resume la postura de ellos, cuando dijo "Las defensas paranoides toman el lugar de las defensas maníacas como estrategia principal para evadir y disminuir el dolor, producto de la depresión y de la autoestima desminuída. En sus extremos patológicos, tanto la psicosis paranoide como la psicosis maníaco depresiva son, a menudo, difíciles de diferenciar".(página 26)

El estudio de Abrams, Taylor y Gaztanga (1974) apoya del punto de vista de Zigler y Glick (1984) de que los esquizofrénicos tipo paranoides se parecen mucho más a los a los depresivos con sintomatología maníaca que a los

esquizofrénicos en si. En ese estudio, sólomente dos de los 41 esquizofrénicos tipo paranoides satisficieron los criterio investigativos de la esquizofrenia, mientras que la mitad de ellos lo hicieron para la manía.

Asimismo, Carlson y Goodwin (1973) delinearon tres etapas en el curso de la mania. En la tercera etapa, la más severa, los pacientes mostraron paranoia, ideas de referencia y alucinaciones. EL 75% de los pacientes en la muestra manifestaron delirios y, el 65% de los delirios correpondieron a los de persecución. El planteamiento de estos autores de que la paranoia se parece a la manía, coincide con el de Zigler y Glick (1984).

Ahora bien, una pregunta final, suscitada respecto a los parecidos entre la paranoia y los estados psicoafectivos radica en si el parecido es también extensible al curso del desorden y a las respuestas de los pacientes al tratamiento.

Un parecido entre los paranoides y los pacientes psicoafectivos es que ambos tienen un inicio tardío de su condición y exhiben un funcionamiento premórbido relativamente bueno (Zigler, Glick y Marsh, 1979) y (Zigler y Phillips, 1961).

Desde el plano del fucionamiento cognitivo, tanto los maníacos como los paranoides muestran un alto grado de sobreinclusividad (Mc Cabe, 1975).

La evidencia, hasta ahora presentada, señala no sólomente de que los esquizofrénicos tipos paranoides son similares a los desórdenes afectivos, sino que son distintos a

los esquizofrénicos no paranoides. De particular pertinencia para lo discutido aquí resultan los hallazgos en materia genética. Los estudios de Kendler y Davis (1981) sugieren de que es menor la carga genética para los esquizofrénicos tipo paranoides que para los esquizofrénicos no paranoides. Se ha encontrado que los esquizofrénicos tipo paranoides tienen menos familiares de la primera generación padeciendo de esquizofrenia cuando se les compara con los pacientes heberfrénicos (Tsuang y Winokur, 1974), mientras que en los pacientes catatónicos y heberfrénicos se ha encontrado en sus familiares el doble de esquizofrénicos (Larson y Nayman, 1970) y (Winokur y et al, 1974).

Por otra parte, los estudios de familiares parecen sugerir de que existe un vínculo genético entre la esquizofrenia tipo paranoide y los desórdenes afectivos (Pope y Lipinski, 1978).

Abrams et al (1974) encontraron que los pacientes paranoides, cuando fueron comparados con los pacientes esquizofrénicos no paranoides, que satisficieron el criterio investigativo para la manía, manifestaron una mayor incidencia familiar de enfermedades afectiva y al alcoholismo y una mejor respuesta al tratamiento. Ese grupo de pacientes paranoides no difirió de los maníacos en las variables demográficas, al alcoholismo y en las variables de historia familiar.

En cuanto a la respuesta de los pacientes paranoides y maníacos al tratamiento farmacológico, hay evidencia de que los paranoides reaccionan favorablemente al tratamiento de los maníacos: litio de sodio; sin embargo, esta evidencia, fue tomada de estudios con nuestras pequeñas y con un pobre control (Freeman y Schwab, 1978), (Lipkin, Dyrud y Meyer, 1970) y (Pope y Lipinski, 1978).

3.3 El papel del intelecto.

En cuanto al papel del intelecto en la formación del papel del síntoma paranoide. Señalan Swanson y et al (1974) que las observaciones clínicas revelaron que las malas interpretaciones de acontecimientos pueden, a través de un lento desarrollo, devenir en pensamientos paranoides. La persona que basa sus conclusiones en evidencias carentes de validez y no las corrobora con otras personas, irá progresivamente estructurando los modos ilógicos de razonamientos, seguidos, pues, de posteriores presunciones basadas en previas conclusiones erróneas.

En los casos de la paranoia vera, a lo Kraepelin, y en los de personalidad paranoide, existe una alteración predominante a nivel intelectual. El módulo de pensamiento paranoide consiste en una atención selectiva frente a los detalles, un olvido de observaciones importantes y en la utilización de modos ilógicos de pensamiento.

Por otro lado, se podría presumir que en los procesos paranoides existan tanto alteraciones intelectuales como

afectivas. Se puede plantear a manera de hipótesis, de que si un trastorno de la efectividad es lo suficientemente repentino, cualquier persona puede responder con una interpretación paranoide. Es decir, el módulo de pensamiento paranoide se ve evocado por la repentina intensidad afectiva. Una vez instituido, el modo de pensar paranoide tiende a mantenerse y a convertirse en el sistema que utilizaría el intelecto para enfrentarse a futuros conflictos emocionales (Swanson et al, 1974, página 221).

Ahora se pasará a considerar las aportaciones psicoanalíticas, principalmente, la freudiana.

3.4 Las Aportaciones Psicoanalíticas

3.4.1 Segismundo Freud (1856-1939)

Puesto que la teoría freudiana es una de las bases substantivas de la concepción psiquiátrica en boga hoy día sobre lo paranoide, y por el influjo que ha ejercido a lo largo de este siglo, decididamente dominante, tanto en los desarrollos teóricos como en el tratamiento clínico de los trastornos paranoides. Es por esta singular razón que se le ha dedicado un mayor espacio y atención en este apartado.

Freud no utilizó el modelo afectividad- intelecto para conceptualizar el funcionamiento psicológico del paranoide, así como tampoco dedicó mucho tiempo a clasificar los trastorno paranoides. Estuvo de acuerdo con Kraepelin y Bleuler en que la mayoría de los fenómenos paranoides pertenecen a la demencia precoz y/o esquizofrenia

respectivamente; sin embargo, a esos dos términos nosológicos los calificó como desafortunados y propuso se substituyeran por el de parafrenia.

De acuerdo con Swanson et al. (1974) Freud no entró en la controversia entre los factores afectivos y los intelectuales, aunque hizo referencia a ambos componentes en sus elaboraciones teóricas respecto a la paranoia, como se verá más adelante, ni utilizó ese modelo para conceptualizar el funcionamiento psicológico. Más bien, desarrolló sus teorías sobre los estadios psicosexuales evolutivos del pensamiento paranoide, y los basó en los impulsos instintivos y en la experiencia individual de cada paciente.

Después de un largo período de reflexiones sobre la etiología sobre lo paranoide, Freud, finalmente la vinculó a los deseos homosexuales inconfesos, y consideró a los delirios como una medida restitutiva y de restablecimiento.

Este período de reflexiones entorno al concepto de lo paranoide reveló un complejo desarrollo histórico, que a manera de síntesis apretada resultan con destaque los siguientes aspectos. En su primera formulación teórica consideró a lo paranoide como una neurosis de defensa. Esto se advierte en una carta inédita enviada a Fliess en el 1895, dónde la colocaba junto a las ideas obsesivas, caracterizándola como una perturbación intelectual, llamándola: psicosis intelectual. También, hizo hincapié, por analogía, que tanto la paranoia como la histeria y las ideas

obsesivas eran modos defensivos de naturaleza patológica (Freud, 1950,p. 206-207)

Más tarde, Freud visualizó lo paranoide como una defensa contra el autoreproche, y para ello utilizó su modelo sobre el estudio de la histeria- en el que una idea dolorosa es modificable si es expresada. Luego, añadióle el mecanismo de la proyección, el que a juicio suyo, surgía como resultado de la tendencia normal en la persona de asumir que los cambios internos se deben a cambios exógenos. Freud , los consideró como un proceso , a condición de que el sujeto estuviera consciente del cambio interno, empero, anormal, si el sujeto perdía de vista dicho cambio interno. De ahí arranca la conceptualización freudiana respecto a la proyección paranoide, es decir, de esa pérdida de perspectiva del cambio interno, que se concretiza por el abuso de ese mecanismo con fines defensivos (Meissner, 1978).

Posteriormente, Freud describió a la paranoia como una forma de aberración patológica de un estado afectivo destinado a la mortificación. Aquí los estados afectivos dolorosos son manejados, proyectándose los a los demás. El síntoma distintivo es la desconfianza o una excesiva sensibilidad hacia los otros. En cuanto al elemento determinante, Freud pensó era el mecanismo proyectivo con el que el paranoide rehusaba acatar la creencia del autoreproche.

En el interín que va desde sus primeros artículos hasta la publicación del caso Schreber, Freud sugirió observaciones importantes. Por ejemplo, percátose de la transformación de los impulsos amorosos a impulsos hostiles, o la transformación del amor en odio, tan característico del mecanismo paranoide. Advirtió, Freud, también, de que las fantasías de los delirios eran fundamentalmente de naturaleza sadomasoquistas (Meissner,1978).

El caso Schreber fue decisivo en la formulación freudiana sobre la paranoia. De ahí que se transcriban datos biográficos y clínicos de la investigación de Casper (1971) y se expongan a continuación.

"Pablo Daniel Schreber fue doctor en derecho, magistrado de los tribunales de Sajona y presidente de la Corte de Apelaciones en Dresden, Alemania.

Su primera enfermedad mental comenzó en el otoño de 1884 y recesó a fines de 1885. El Dr. Flehming diagnosticó su enfermedad como un grave acceso de hipocondría.

En junio de 1893, a Schreber le fue notificado su próximo nombramiento de presidente del tribunal de Dresden, cargo que ocupó el día primero de octubre del mismo año. A fin de mes, le comenzó su segunda enfermedad mental con el desarrollo siguiente: soñó repetidas veces que sufría

una recaída de su antigua enfermedad neurótica, circunstancia que le apenaba tanto durante el sueño como luego de despertarse; le regocijaba verla desvanecida. Además, una mañana, en estado de duermevela, tuvo la "idea de que debía ser agradable ser una mujer en el momento del coito", idea que luego, con plena conciencia, rechazó indignado. Presentó ideas hipocondríacas, quejándose, por ejemplo, de que padecía de reblandecimiento cerebral y afirmaba que no tardaría en morir. Ya se mezclaban en el cuadro patológico algunas ideas de persecución fundadas en alucinaciones que al principio parecieron emerger aisladas en tanto se presentaban simultáneamente en el sujeto tanto una intensa hiperestesia como una exagerada sensibilidad a la luz y al ruido. Más tarde se acumularónse las alucinaciones visuales y auditivas hasta dominar por completo su sensibilidad y todo su pensamiento. Se creía muerto y putrefacto, o enfermo de la peste; se lamentaba de que su cuerpo era sometido a repugnantes manipulaciones y sufría espantosos tormentos que soportaba por una causa sagrada. Las sugerencias patológicas absorbían al enfermo por completo que permanecía horas enteras ensimismado e inmóvil, inaccesible a toda otra impresión, y por otro lado, atormentábanle de modo tal, que deseaba la muerte. Intentó ahogarse repetidas veces en el baño y pedía de continuo "el ácido prusico" que le estaba destinado.

Poco a poco sus delirios fueron tomando un carácter místico y religioso; hablaba

directamente con Dios; los demonios le hostigaban; veía "apariciones milagrosas", "oía música divina" y creía , por último, "vivir en otro mundo" (Freud, 1948), (Rickman, 1957)

Por otro lado, insultaba a diversas personas de las cuales se creía perseguido y perjudicado, ante todo, a su médico anterior, Fleshing, calificándole de "asesino de almas" y burlábase de él, llamándolo repetidamente "el pequeño Fleshing" (Zapparoli, 1963).

En junio de 1994, se trasladó a la Clínica Sommenstein, en Pirna, permaneciendo en ella hasta la estructuración definitiva de su estado. Había edificado, por un lado, un artificioso sistema de delirios, y por otro, había reconstruido su personalidad, hasta el punto de mostrarse perfectamente capacitado para volver a la vida normal, presentando solamente algunos trastornos aislados (Freud, 1948). En 1899, el Doctor Weber expidió un certificado respecto a la descripción del sistema delirante de Schreber, el cual Freud, (1948) transcribió como parte del acopio de datos descriptivos del historial patológico de Schreber.

A continuación se transcriben algunos pasajes fragmentados de esa certificación:

El sistema delirante culmina en la convicción de hallarse llamado a redimir el mundo y devolver a la humanidad de la buenaaventura pérdida. Afirma haber tenido

conocimiento de tal destino por revelación divina, como las que recibían los profetas. Precisamente, los nervios sobreexcitados, como los suyos habían estado durante tanto tiempo, tenían la cualidad de atraer a Dios; pero sus revelaciones entrañaban cosas que no era posible expresar o sólo muy difícilmente, en el lenguaje humano, por que se hallaban fuera de toda experiencia humana, y sólo a él le habían sido comunicadas. El detalle más importante de su misión redentora era que había de convertirse primeramente en mujer. No era que él quisiera transformarse en mujer, se trataba de algo más coercitivo, de una "necesidad" fundada en el orden universal y a la cual no podía escapar aunque personalmente le hubiera sido mucho más grato seguir siendo hombre y poder conservar así su elevada posición social. Pero la única manera de volver a conquistar el más allá para él mismo y para la humanidad entera, era por medio de su transformación en mujer, transformación que se realizaría en él por un milagro divino, y al cabo de varios años o incluso decenios. Tenía la convicción de ser objeto exclusivo de milagros divinos sobre la tierra (p, 664).

Para acortar el relato, Schreber manifestaba experimentaba la sensación de que su cuerpo integraba ya "nervios femeninos" de los cuales surgían, por medio de la fecundación inmediata con Dios, nuevos hombres. Sólo entonces, podría morir de muerte natural después de haber conquistado para así y para todos los demás hombres la bienaventuranza (Casper,1971).

Para completar el cuadro, el informe médico recalcó dos aspectos sobre su contenido delirante: que era un redentor y

que su cuerpo se le había transformado en el de una mujer (Casper, 1971)

En el 1902 le fue restituida su libertad, y en el 1903, Schreber publicó su libro, *Mis Memorias* (Melcalpine y Hunter, 1955).

En el análisis de los delirios schreberianos, Freud aplicó el criterio de la neurosis en su sentido clásico y la discutió sobre la base de un conflicto libidinoso, ya que la raíz de la fantasía femenina que tanta resistencia desencadenó en Schreber y que de acuerdo con Freud, la nostalgia, eróticamente intensificada hacia el padre y el hermano, nostalgia que en cuanto a éste último, quedó desplazada por transferencia al médico Flehming, (Freud, 1948), es decir, Freud interpretó la conducta paranoide de Schreber como la oposición de una fantasía optativa femenina, (homosexualidad pasiva), que tenía su objeto en la persona del médico. Contra tal fantasía optativa femenina se alzó por parte de la personalidad de Schreber, una intensa resistencia y la defensa, que quizás hubiera podido adoptar otras formas distintas, escogió la del delirio persecutorio transformando al hombre añorado en su perseguidor y al contenido de la fantasía homosexual, en el de persecución (Freud, 1948).

A fin de acortar la elaboración del análisis freudiano y destacar el meollo de su teoría, se recapitula, señalando que Freud postuló a las urgencias homosexuales no aceptadas

como el factor etiológico primario en el desarrollo de todos los delirios paranoides, y asígnole, además, una función de instrumentalidad defensiva con los cuales las personas paranoides manejan sus conflictos homosexuales a la vez que representan una formación invertida y reactiva contra los deseos homosexuales (J. F. Brown, 1940).

Freud postuló además la fórmula de los cuatro pasos para el análisis del delirio persecutorio de Schreber. La cual versó más o menos , así: si se asume que los hombres paranoides están caracterizados por fuertes urgencias homosexuales, entonces, cualquier idea o impulso homosexual discernible, tendrá el siguiente desarrollo dinámico:

1. "Yo te amo"- la interpretará como amenazante, negándola y convirtiéndola en su contrario, mediante el mecanismo de la reacción formativa en:
2. "Yo te odio"- pero ésta, a su vez, le es amenazante, por lo que la transforma, proyectándola en,
3. "Me odia"- por lo que,
4. "Me persigues , y por tanto, me defiende"- delirio persecutorio manifiesto (Casper, 1971).

De lo arriba expuesto, afloran la siguiente relación e implicación teórica: todo hombre paranoide estará

caracterizado por fuertes deseos homosexuales inconfesos e inaceptables.

3.4.1. Investigaciones en torno a la hipótesis del conflicto homosexual.

La hipótesis del conflicto homosexual ha sido investigada desde distintas perspectivas: entrevistas clínicas, análisis de casos, prueba Rorschach, experimentales. Como norma podría decirse que los hallazgos son contradictorios.

Desde una perspectiva clínica y de análisis de casos, los psicoanalistas G. G. Ferenczi (1950), C. R. Payne (1913-1914) y F. M. Schockley (1913) favorecen la proposición freudiana. Por el contrario, I. Henrich (1950), R. D. Knigh (1949), H. Numberg (1938) y H. H. Thorner (1949). Aunque concurren con Freud, en que los paranoides están caracterizados por poderosos conflictos homosexuales inconscientes, difieren en adjudicarle a la homosexualidad una función etiológica y defensiva. Desde una perspectiva experimental, tanto Zamansky (1956) como Casper (1971) encontraron evidencia empírica apoyadora de que los paranoides no eluden sus necesidades homosexuales; hallazgos en oposición al aserto freudiano de que los paranoides niegan esas necesidades.

Otros, en franca oposición a la proposición freudiana, como Garma (1935), señala que se puede dar al fenómeno paranoide aún sin la aceptación de los deseos homosexuales.

Este señalamiento es congruente con los estudios de Grauer (1954), Klein y Horowitz (1949) y Miller (1941). Asimismo, Planansky y Johnson (1962) en un estudio sobre la evidencia y la relación entre los rasgos homosexuales y paranoides en la esquizofrenia, en una muestra de 150 psicóticos varones; concluyeron que no existía una clara relación entre las dificultades sexuales y el grado de enfermedad paranoide, o entre la conducta homosexual y lo paranoide.

De la misma manera, Weinstein (1962), en un estudio en las Islas Virgenes, encontró que la peranoia se dió libre del contenido paranoide.

De modo que los hallazgos de Garma (1935), Grauer (1954), Klein y Horowitz (1949), Miller (1941) y Weinstein (1962) apuntan de que el fenómeno paranoide se manifiesta en relación a otros factores que no son necesariamente los estipulados por Freud (1911) en el caso Schreber. Justamente, los estudios de Cantril (1952) y Lifton (1961) y Tyhurst (1951) tienden a confirmar esta posibilidad.

Por ejemplo, Lifton (1961) encontró que si a una persona se le manipula el ambiente físico y psicológico mediante diferentes operaciones, a saber: mensajes contradictorios, privación de sueño, humillaciones, etc., desencadenarían una conducta paranoide. Tyhurst (1951) observó un fenómeno análogo en los europeos desplazados al Canada, sometidos a la incomprensión del lenguaje

foráneo y a las presiones e inseguridades económicas. En ambos estudios, Lifton (1961) y Tyhurst (1951) señalan una serie de factores responsables en el desarrollo de los delirios paranoides: a la falta de identidad, inseguridad e impredecibilidad en un ambiente hostil e inentiligible.

La tendencia encaminada a eliminar la presencia de lo homosexual como variable explicativa de los delirios paranoides es apoyada por Mecalpine (1955), Hunter (1955) y Sullivan (1963).

A Sullivan (1963) le resultó difícil hablar de conflicto homosexual cuando no observó vínculos homosexuales en el desarrollo sexual de sus pacientes paranoides. Como consecuencia de ello, propuso que la causa del dinamismo paranoide está en la necesidad de intimidad, unida a la inexorable convicción de una incapacidad para afrontar dicha intimidad, caracterizándola por un arraigo en la conciencia de una inferioridad de cierto tipo, la cual exige la transferencia de la culpa a otros y de la interpretación errónea de los acontecimientos con el fin de suministrarle una explicación casi siempre de naturaleza más o menos trascendente del fenómeno perturbador, productor de su inseguridad.

A juicio de Casper (1971) las teorías de Sullivan y de Freud comparan de la manera siguiente, en Sullivan al igual que en Freud, se da una inaceptabilidad a la conciencia, pero de contenido diferente. En Freud, la homosexualidad; en Sullivan, un sentimiento de inferioridad que no es

necesariamente de naturaleza homosexual. No obstante, en ambos, predomina un mecanismo subyacente en la expulsión de una idea, deseo o impulso desagradable. Es decir, visualizan un sistema de relaciones dinámicas parecidas pero de contenido activador diferente.

Otros investigadores como Aronson (1952) y Grauer (1954) abordaron la hipótesis freudiana utilizando la prueba Rorschach, pero evidenciaron hallazgos contradictorios. Aronson (1952) confirmó la hipótesis freudiana. Sin embargo, Grauer (1954) utilizó los protocolos de los pacientes no paranoides usados por Aronson (1952) y los comparó con un grupo nuevo de 31 pacientes paranoides. No encontró diferencias estadísticamente significativas al .05.

Ante un panorama con evidencia tan contradictoria y desconfirmadora de la teoría freudiana de la paranoia, la conclusión de Walters (1955) de que existen defectos metodológicos en el enfoque de Freud, y de que aceptar su teoría como explicación universal de lo paranoide, obstruiría el progreso; es por demás, alentadora, para iniciar una pesquisa de nuevos desarrollos teóricos.

Desde la perspectiva psicoanalítica, y posterior a Freud, se han dado una serie de desarrollos teóricos importante, encaminados a comprender a la paranoia. Figuran entre ellos, por mencionar unos pocos, los trabajos de Melaine Klein (1932, 1964) sobre las posiciones paranoides y depresivas, así como su cambio de interés de lo libidinoso

por la agresividad en el paranoide. Este cambio, es de singular importancia en los trabajos de Schmideberg (1931), de Fenichel (1945) y su concepción del papel que representa el superyó en los delirios paranoides, así como la conceptualización de Knigh (1940) respecto al intenso odio inconsciente y a la necesidad constante de amor como medida encaminada a neutralizar ese odio, así como el papel que desempeña la regresión del superyó en la formación de los delirios, según Hesselbach (1952). De igual importancia son las reevaluaciones y reformulaciones del caso Schreber a cargo de Niederland (1951, 1959, 1960, 1963, 1968).

Estas aportaciones, aunque de renombre, no han sido lo suficientemente importantes como para dominar las orientaciones del quehacer clínico. Su influjo, ha sido, hasta ahora, mínimo. Esta falta de influencia se observa en la escasa investigación que han generado estos modelos y / o teorías. En el caso particular, cuyas descripciones sobre lo paranoide y la depresión han tenido pertinencia clínica e importancia en el estudio de esos fenómenos clínicos, su postura teórica, no obstante, ha sido controvertible y ha suscitado desde una perspectiva metodológica y conceptual un considerable número de problemas (Zetzel, 1956) y (Kernberg, 1969). Por estas razones, no se expuso su postura teórica

3.4.2. La postura teórica de Harry S. Sullivan.

En las teorías psicoanalíticas, los trastornos paranoides son atribuidos a las experiencias infantiles, así como a la fase de desarrollo; éstas reclaman sobre las representaciones y cambios intrapsíquicos y no a la descripción de lo que ocurre entre las personas. En contraste con el enfoque freudiano, está el de Sullivan, que consideró a la alteración de las comunicaciones y de las relaciones interpersonales, como el mecanismo productor de las formas paranoides de pensamiento. Relacionado a esta orientación, también se destacan las aportaciones de Bonner (1951), Bateson (1956) y Searles (1961). Sin embargo, aquí se hará hincapié en la teoría sulliviana de la paranoia (1953,1956).

Al estudiar el dinamismo paranoide, Sullivan (1956) lo definió como un complejo de hábitos destinados a defender al individuo contra la ansiedad. Destacó como característica especial de ese dinamismo; la función protectora contra la ansiogenizante conclusión: de que se es inferior, y del sentimiento consecuente y penetrante, como para inyectarle un elemento de inseguridad a todas las relaciones interpersonales, y hacer de la vida, una empresa sumamente difícil.

De modo que, el paranoide se ve forzado a corregir esa debilidad en su amor propio; la que tiene lugar a nivel de las operaciones cognoscitivas delicadas (Sullivan,1956, p. 146). De ahí emana el dinamismo paranoide como una inspiración repentina, la que es acogida con beneplácito por el individuo, ya que le proporciona una hipótesis aliviadora de su

profundo sentimiento de molestia, rémora de la afirmación de su inferioridad. Tal dinamismo hará que se transfiera el reproche sobre algo o alguien fuera del reprochador.

Sin embargo, para que el desarrollo de un dinamismo paranoide quede plenamente configurado, Sullivan adujo como condición necesaria, que el individuo hiciera algo más que transferir simplemente el reproche, necesita, pues, llegar concretamente a una explicación del por qué los otros le hacen la vida difícil. Cuando eso ocurre, entonces, el paranoide ha logrado dos cosas, por un lado, ha transferido la culpa, y por el otro lado, ha solidificado las base de una explicación - conspiración imaginaria (Zax et al., 1976)

De ahí que cuando se le presenten situaciones productoras de sentimientos de inseguridad, para tranquilizarse, el paranoide, buscará las pruebas de apoyo en sus ideas paranoides.

Sullivan (1956) discrepó de Freud acerca del significado etiológico de la homosexualidad en los trastornos paranoides. De sus estudios clínicos de casos de paranoides moderadamente accesibles, no obtuvo datos históricos que le permitieran suponer que hubiesen desarrollado pautas de conducta sexual antes de la aparición del estado paranoide. Muy por el contrario, observó que a estos pacientes les fue imposible establecer hábitos sexuales eficientes. Por lo cual, le resultó difícil hablar de conflicto homosexual cuando no observó vínculos homosexuales en el desarrollo sexual de sus pacientes. Por consiguiente,

postuló que la causa del dinamismo paranoide está en la necesidad de intimidad para afrontar dicha intimidad, caracterizándola por un arraigo en la conciencia de una inferioridad de cierto tipo, la cual exige la transferencia de la culpa a otros y de la interpretación errónea de los acontecimientos con el fin de suministrarse una explicación casi siempre de naturaleza más o menos transcendente del fenómeno perturbador de su seguridad (Casper 1971).

Para Sullivan (1956) la aparición de un dinamismo paranoide no es prueba suficiente para explicar la psicosis paranoide ya que carece del mecanismo de transferencia del reproche y de la explicación generadora del sentimiento de absoluta seguridad. Por consiguiente, ese temprano dinamismo paranoide está débil e inestablemente organizado. Su organización se fortalecerá con la transferencia del reproche, y ante todo, cuando dé con la explicación de su malestar e infortunios. El sentimiento de certeza resultante de la explicación, invulneraliza las proposiciones - explicaciones- utilizadas para desplazar el reproche frente a las indignaciones y la racionalidad de los demás.

Según Sullivan (1956) todos los pacientes que manifiestan un dinamismo paranoide bien desarrollado debían haber sido esquizofrénicos, aunque fuera por breve tiempo, justamente antes de que le empezará a parecer la paranoia. Consideraba que ésto era así, inclusive

si el estudio de la historia del paciente no produjera las pruebas corroboradoras de esta idea.

3.4.3 La teoría de Norman Cameron.

Otro desarrollo teórico que influyó considerablemente en la teorización y orientación clínica del tratamiento de los trastornos paranoides, fue la teoría de Cameron (1959).

Cameron y Margaret (1951, p. 373) definieron los trastornos paranoides como provenientes de una "simbolización individualista, única y desviante"; por idea delirante, entendieron, "la convicción basada en interpretaciones erróneas, inferencias injustificadas o conclusiones inexactas" (Cameron y Margaret, 1951, p. 392).

Las ideas delirantes serán patológicas siempre y cuando dificulten las relaciones interpersonales. Estas constituyen un elemento central de los trastornos paranoides; a este último fenómeno psicopatológico, Cameron y Margaret, (1951, p. 405) lo consideran como "una conducta denominada por reacciones delusorias más o menos sistémicas en las que la desorganización, desorientación, tristeza y exaltación, si están presentes, son incidentales". Justamente, en este aspecto, Cameron y Margaret, (1951) reconocieron en esos trastornos unas características direfenciadoras de un proceso independiente y separado, por lo menos, de la esquizofrenia. De modo, que coinciden, pues con la tesis del paradigma ascendente.

Sin embargo, en una afirmación posterior respecto a lo dicho anteriormente, Cameron (1959) señaló que la sintomatología paranoide rara vez se presentaba en ausencia de otros síntomas tales como la depresión, pensamiento esquizofrénico y la exaltación. Resulta difícil, por consiguiente, desde el punto de vista del diagnóstico, distinguir los trastornos paranoides de la esquizofrenia de la maniacodepresiva. Muchos especialistas actuales ya no le conceden una posición como entidad diagnóstica distinta a la esquizofrenia (Cameron, 1959). De esta manera, Cameron (1959) vuelve a coincidir, finalmente, con la postura dominante de que lo paranoide es una forma de esquizofrenia.

Dado que el proceso de simbolización es un elemento importante en la estructuración de los trastornos paranoides, consideran Cameron y Magaret (1951) que la inferencia en cuanto parte constitutiva, viene a desempeñar una función de peso en la vida de los paranoides.

La inferencia es igualmente importante en vida de todo ser humano, en especial, en el manejo de situaciones ambiguas. En tales circunstancias, los seres humanos, en lugar de obtener todos los datos pertinentes para emprender una acción, lo que hacen es efectuar una serie de inferencias para actuar. Esa necesidad de actuar, en ausencia de una completa información, que para Cameron viene a significar seguridad completa, penetra toda

actividad interpersonal y social. En ese contexto ambiguo, a los seres humanos les afloran necesidades, temores personales - base primaria productora de la proyección y minimizadora de la habilidad corretiva de las inferencias, acciones y temores de los individuos.

De acuerdo con Cameron y Magaret (1951) una situación similar, existe con respecto a las actividades sociales e interpersonales más complejas. Para actuar con adecuación social es necesario que el sujeto comprenda tanto su actividad como la de los demás. De esa forma, el sujeto podrá anticiparse con propiedad atinada.

La incertidumbre será inevitablemente parte constitutiva de toda situación humana dónde se haya que actuar y reaccionar (Cameron, 1959) Esa situación de incertidumbre posibilita el desarrollo de determinados procesos patológicos de conducta y de pensamiento. Esto obedece, por un lado, a la necesidad irresistible del individuo por estructurar todo lo que sea ambiguo; por el otro lado, a que si los datos necesarios para una inferencia exacta no están claros, los juicios se basaran, pues, en la imaginación, necesidades internas, etc.. Para enfrentar esa condición, los individuos disponen de tres mecanismos con lo que interpretará la ambigüedad, a saber: la compensación, racionalización y proyección. Estos mecanismos son fundamentales para el desarrollo de los delirios, siempre y cuando el sujeto no corrija las inferencias efectuadas respecto a las actitudes y a los motivos propios como ajenos.

Todo ésto creará las condiciones estructurantes de la pseudocomunidad - "organización conductual estructurada en términos de actividades observadas o inferidas de personas reales e imaginarias, que hace que un individuo se considere erróneamente a si mismo como elemento central o una parte significativa de alguna acción concertada" (Cameron y Margaret, 1951, p. 387).

A parte de lo dicho anteriormente, existen una serie de circunstancias predisponentes al desarrollo de la pseudocomunidad. Primero, la ansiedad crónica y frustración pronunciada; segundo, competencia cerebral inferior; y una tercera, dificultad o fracaso en el desarrollo de la capacidad de asumir la función de los otros.

En cuanto a esta última circunstancia predisponente, Cameron creyó que ésta está vinculada a la ansiedad crónica. Adujo tres razones para el fracaso en la adquisición de la habilidad en la asunción de la actividad social en el niño intensamente ansioso y culpable. Primero, la identificación limitada para aprender actividades sociales: segunda, por ser criado en un ambiente de sospecha y desconfianza hacia las personas fuera de su hogar- implicó una dificultad en el aprendizaje de la habilidad para comunicarse con los individuos- esa conducta y sentimientos resultantes le crearon una barrera entre él y los demás, la que posiblemente, nunca superará; tercera, el ser criado en el aislamiento o en otro hogar, le dificultó la adquisición y el

desarrollo del trato social y de la comunicación con los demás.

Aparte de la razón en específico, la persona con dificultad en la actividad social, sólo progresará, según Cameron, en la medida en que su medio social no le requiera demandas especiales y libres de la ansiedad. De lo contrario, le incrementará el grado de riesgo - propensión - al desarrollo de ideas delirantes y la concreción del trastorno paranoide.

Posteriormente, Cameron (1959) al examinar la etiología del paranoide, volvió a insistir en la importancia capital para el desarrollo de la sintomatología paranoide: la falta de la habilidad para asumir las actividades sociales. Empero en esta ocasión, añadió varias conclusiones complementarias que no había destacado en sus escritos anteriores, en específico, enumeró, a saber, dos: primero, a manera de factor etiológico primario, las personas paranoides experimentaron frecuentemente, desde niños, un sadismo extremo que reaparece más tarde en la idea delirante; segundo, no consideró a la homosexualidad como el factor causal de los trastornos paranoides.

3.5 Estudios sobre la familia.

Uno de los enfoques más fructíferos en la generación de datos encaminados a entender los mecanismos y la génesis de los "trastornos mentales", han sido los estudios sobre la dinámica familiar.

De los enfoques de estudio, el principal ha girado en torno al papel que desempeñan tanto las relaciones familiares como los patrones de interacción en la producción de la esquizofrenia. Estos estudios han sido revisados y criticados ampliamente en los trabajos de Meissner (1964); Mishler y Waxler (1966); Lidz, Fleck y Cornelison (1965); y Boszormeneyi - Nagy y Framo (1965).

Por lo que compete a este investigador, aquí se expondrán las tendencias y hallazgos investigados de los estudios sobre la familia que de una forma u otra ayuda a la comprensión de la paranoia: su diferenciación de la forma esquizofrénicas y su posibilidad de modificación.

Al depuntar el año 1950, Bonner (1950) describió los aspectos sociológicos del transfondo de la paranoia. Enumeró tres patrones de la temprana convivencia familiar: severidad, crueldad y dominancia. Sobre esos datos comentó que le restaron las oportunidades de dominio sobre el mundo circundante y le impidieron el crecimiento a los paranoides hacia la madurez. Esto, a su vez, le conformó su postura hacia el mundo: despreciado - despreciador.

En cuanto a la relativa influencia de los padres en los paranoides, Goodman (1968) encontró que la figura del padre fue de mayor valencia que de la madre. Sin embargo, esta relación se invirtió cuando los sujetos eran esquizofrénicos no paranoides.

Por otra parte, se ha estudiado la relación entre el contenido del delirio y su relación con el grado de temor a la

figura de uno de los padres. A ese efecto, Sletten y Ballous (1967) encontraron que cuando el padre es la figura que suscita mayor miedo, el contenido del delirio hacia sólomente referencia a la a la figura del hombre.

No obstante, cuando la madre era la figura que inspiraba un miedo mayor, el contenido del delirio evidenciaba tanto figuras de hombres como de mujeres, pero con un predominio de la figura femenina.

En síntesis, si la madre era la figura provocadora del miedo, el contenido del delirio contenía predominantemente a la figura femenina; mientras si el padre era el inspirador del miedo, el contenido delirante estaba dominado únicamente por la figura del hombre.

Esas investigaciones creyeron que el contenido de los delirios revelaría los miedos premórbidos hacia una u otra figura materna - paterna temida.

De los estudios antes citados han ayudado a entender la esquizofrenia, más no a lo paranoide, a no ser la importancia de la relación del niño con sus padres, y la del manejo de la hostilidad. Por esa razón, se pasará a considerar otra vertiente investigativa relacionada con los estilos de adaptación.

De acuerdo con Meissner (1978) S. Arieti, en una ocasión, hipotetizó de que los catatónicos, cuando niños, fueron criticados más por sus acciones que por sus intenciones, mientras que con los paranoides había ocurrido

lo inverso. Goldstein y Carr (1956) estudiaron esa hipótesis arietiana, y no encontraron apoyo empírico.

Los estudios sobre los patrones de interacción dentro de las familias, por lo general, han señalado que los estilos generalizados hacia las normas de interacción familiar parece ser una característica dominante más que las diferenciaciones que pueden hacerse respecto a los papeles representados dentro de la estructura familiar. Esa generalización suscitó una interrogante a cerca del papel que representan los estilos de interacción familiar y de los patrones de interacción en el engendramiento del estilo o estrategia paranoide (Meissner, 1978).

Consecuente con la línea de cuestionamiento del párrafo anterior, se encuentran la investigación de Wallace y Fogelson (1965), quienes describieron dos estrategias básicas que se dan en las familias de los esquizofrénicos: la evasión y la paranoide. De acuerdo con los autores, en esas familias, el esquizofrénico lucha denonadamente por conseguir su total identidad, resforzándose constantemente por reducir la disonancia percibida entre su identidad verdadera y la ideal. Con la estrategia que disponga el esquizofrénico para reducir la disonancia, tiene dos opciones, a saber, o bien, reduce el valor de su identidad ideal, o bien, aumenta el valor de su identidad real.

En cuanto a las estrategias, en la evasión, a la víctima se le visualiza como indefenso, carente de valor e incompleto y preocupado por estar sólo, marginado. Esta estrategia

paranoide, le permite a la víctima culpar y sentirse que el otro es el que carece de valor y de competencia.

La víctima se considera buena y competente y procurará cuidarse de sí. Así la identidad reclamada se convierte en la identidad ideal; y la verdadera, en la negada y proyectada a los otros mediante la defensa paranoide. En este estudio se pudo diferenciar a los paranoides de los esquizofrénicos no paranoides en función de la técnica usada por éstos para reducir la disonancia.

Mishler y Waxler (1968) y sus estudios sobre los patrones de interacción en las familias de esquizofrénicos ofrecieron información acerca de las estrategias de control en el proceso familiar. Dentro de este contexto, sus hallazgos resultaron de considerable interés. En las estrategias del control de la atención usadas en las familias normales, se identificaron nítidos patrones sobre la diferenciación del papel representado en la jerarquía del poder y en el de la autoridad, sin haber demostrado los patrones de control autoritario o coercitivo.

Mientras en las familias de los normales, por contraste a las familias de los esquizofrénicos, las estrategias de persona a persona, así como los intentos por influir directamente en lo interpersonal, se identificaron en todos los miembros de la familia, incluidos los niños de bajo estatus social.

En las familias de los esquizofrénicos varones, por ejemplo, Mishler y Waxler (1968) encontraron una

inversión en la representación del papel generacional representado por los padres e hijos, el paciente y su madre. Esta última ostenta una elevada posición de poder, lo que significa que el padre tiene muy poca o ninguna influencia en el sistema familiar. En las familias se le dispensa poca atención y respeto. Esta intenta influir muy poco en el curso de acción de la familia.

En esas familias el poder se ejerció de distintas maneras: impersonal y, preferiblemente, de manera indirecta. Además, la evidencia sugiere que esas divergencias respecto a las relaciones normales del poder y de las estrategias de control dentro de la familias, se dieron con mayor intensidad durante la presencia de los pacientes que con su ausencia. Ese hallazgo amerita de una investigación más concienzuda para desentrañar su complejidad.

Ahora bien, es un verdadero infortunio el que - esos estudios no hayan atendido la controversia sobre las estrategias de los esquizofrénicos paranoides y no paranoides, como para permitir explorar la posibilidad de diferenciar entre ellos en esa dimensión, hasta el cual en la producción de los estilos del pensamiento paranoide.

A pesar los esfuerzos investigativos realizados en esta vertiente, todavía no está claro hasta qué punto esas estrategias usadas por miembros de la familia tienen que ver con el nivel del desarrollo de la personalidad e integración - asunto esquizofrénico - ; así como tampoco hasta que punto están relacionados con los estilos de

interacción interpersonal y de defensas - asunto paranoide- (Meissner,1978)

De la revisión de todos esos enfoques y vertientes en el estudio de la familia, a los fines del propósito de este trabajo se concluyó lo siguiente: primero, los esquizofrénicos tipo paranoides se diferencian de los no paranoides en términos de la mayor valía hacia una de las figuras: paterno o materna; en los paranoides, el padre; en los no paranoides, la madre. Esta conclusión esta de acuerdo con Goodman (1968) quién encontró que la figura de la madre ejerce mayor influencia en los no paranoides, mientras la figura del padre, en el paranoide. Segundo, con arreglo al estudio de Wallace y Fogelson (1965) los paranoides se diferenciaron de los no paranoides sobre la base de la técnica u estrategia utilizada para reducir la disonancia producida por la diferencia entre la identidad verdadera y la ideal. En los paranoides, la estrategia paranoide; en los no paranoides, la estrategia de la evasión. Tercera, estas investigaciones no han dado, hasta ahora, con las condiciones desencadenantes del fenómeno paranoide como para garantizar un éxito psicoterapéutico.

3.6 Estrategias de juegos.

La técnica del juego o negociación entre dos personas se ha usado, aunque escasamente, en el estudio del proceso paranoide, como para no atender su contribución en las relaciones de poder en que participa el paranoide.

Ya Deutsch (1958), 1962) había usado esta técnica para estudiar los determinantes personales y situacionales de la confianza y suspicacia interpersonal.

Posteriormente, Klein y Solomon (1966) con esta técnica estudiaron las respuestas esquizofrénicas. En este estudio, el confederado experimental, en sus ensayos iniciales, usó la estrategia de la explotación, después adaptó la estrategia de la cooperación incondicional. En esas condiciones, los investigadores encontraron que los pacientes paranoides, a diferencia de los no paranoides, mantuvieron su postura de no cooperar por más tiempo, aún después de "haber reforzado el confederado", es decir, de haber cambiado su estrategia, inicialmente de explotador, por una de cooperación incondicional.

Ante ese hecho, Klein y Solomon (1966) se preguntaron si la rigidez de los pacientes paranoides era el resultado de la explotación inicial del confederado o si, por el contrario, era un reflejo de su inhabilidad cognitiva para adaptarse.

Para estudiar ese problema, los investigadores Klein y Solomon (1966) establecieron una situación de juego en la cual la estrategia de los confederados, cambiaba de una de cooperación incondicional, a una condicional, llamada la "estrategia del santo caído". También cambiaron de una estrategia de falta de cooperación incondicional, a una de cooperación condicionada, llamada la estrategia del pecador reformado..

Al Klein y Solomon (1966) comparar los dos grupos de esquizofrénicos paranoides, y los no paranoides con los del grupo de control, los resultados indicaron que la estrategia del santo caído produjo más cooperación entre los sujetos paranoides. La estrategia del santo caído produjo los niveles más bajos de explotación cuando se compararon con los sujetos no paranoides. Los investigadores creyeron que sus resultados son consistentes con la explicación de Ovesy (1955) sobre el conflicto del poder en el paranoide .

De este estudio se desprende que las posturas del paranoide no es indiscriminada sino que pueden variar con arreglo a la estrategia del otro, es decir, cuando el pecador se comportó punitivo y ásperamente, el paranoide fue dócil y cooperativo, pero con un cambio abrupto del pecador hacia una estrategia de incondicional suavidad y benevolencia, los paranoides cambiaron hacia una estrategia de explotación y de dominancia. En el caso del santo, se dió lo contrario, el paranoide, inicialmente, cooperador, cambió rápidamente a cooperador, cuando el santo cambió al uso de la estrategia de castigo.

Estos hallazgos ponen de relieve la importancia de la controversia sobre las relaciones de poder y del control en la dinámica del paranoide tanto a nivel teórico como clínico.

3.7 Teorías conceptuales y perceptuales sobre lo paranoide.

En las teorías psicoanalíticas ya sea en su versión freudiana o de corte interpersonal, el esfuerzo de los teorizadores ha estado dirigido hacia descifrar la conducta paranoide, y reducirla a unas actitudes y características subyacentes básicas. En consecuencia, esta aproximación conlleva a la consideración de que el problema fundamental del paranoide no fuera la percepción de su experiencia delirante, sino el de sus actitudes inconscientes: la pasividad, hostilidad, sentimientos de inferioridad, agresividad o grandeza (Swanson et al., 1974).

En contraste con la aproximación psicoanalítica, existe otra que afirma que los paranoides perciben el medio de forma diferente, por lo que sus interpretaciones obedecen a su modo distinto de percibirlo.

A continuación se exponen aquellos estudios y teorías de mayor destakes en esta orientación.

Silverman (1964) encontró que los esquizofrénicos paranoides, a diferencia de los no paranoides, reaccionaron frente a los estímulos aferentes con una mayor hipervigilancia e intensidad hacia la percepción del estímulo.

Silverman (1964) explicó la diferencia antes aludida en términos de que en la primera infancia, el niño desarrolló durante el enfrentamiento a las amenazas, una propensión a percibir intensamente. Para evitar tales amenazas, usó el método de la hipervigilancia para encararse a los indicios que precedían o concurrían a los acontecimientos desagradables.

Silverman (1964) diferenci6 entre el paranoide agudo y el cr6nico con arreglo a la intensidad con que se percibe el estímulo. Al paranoide agudo lo identific6 con la percepción más intensa, ya que éste es altamente perceptivo y ampliamente categorizador, a la vez que es impulsado por la búsqueda de una buena hipótesis; mientras que el paranoide cr6nico, lo describi6, más o menos, como aquel que redujo el alcance de sus percepciones a consecuencia de la exposición prolongada a situaciones intensamente displacenteras, sin posibilidad de huída, por tal razón, estuvo abocado a comportarse como un exiguo categorizador.

Por lo dicho en el párrafo anterior, el modo de percibir de los paranoides, se di6 en función de su estrategia utilizada para evitar las amenazas de las situaciones displacenteras experimentadas durante la primera infancia, en condiciones de poca o prolongada exposición.

Por su parte, Snyder (1961) al estudiar la relación entre el cierre perceptivo y los esquizofrénicos paranoides agudos y los esquizofrénicos paranoides cr6nicos con los sujetos de control. Encontr6 que en el cierre perceptivo, los esquizofrénicos paranoides aventajaron a los demás grupos, en un grado significativamente mayor.

Solomon, Leiderman, Menderson y Weiner (1957) expusieron que en las condiciones de privación sensorial, tanto los prisioneros como los sobrevivientes y sujetos experimentales manifestaron conductas paranoides.

Suponen que esa conducta paranoide se dió en función de la ruptura entre el contacto perceptivo predecible con el mundo exterior. A fin con ésto, unos años más tarde, Sarvis (1962) propuso a nivel teórico, la distorsión perceptiva como un agente etiológico de los delirios, cuando sugiere que como resultado de las experiencias infantiles productoras de privación, sobrecarga o distorsión sensorial, se sobreactivaron los mecanismos de alerta del paranoide.

McReynolds (1960), con arreglo a la noción de la asimilación perceptual, propuso un modelo teórico encaminado a explicar el desarrollo del pensamiento esquizofrénico. Sostuvo que la falta de la consistencia en las experiencias vitales conllevó a una congruencia con los patrones conceptuales, al tiempo que, menoscabó su asimilación. De la cantidad de perceptos inasimilados nace la ansiedad. En cuanto , a las ideas paranoides, McReynolds (1960) las conceptualizó como intentos por asimilar los perceptos, con la correspondiente reducción de la ansiedad.

La noción de la asimilación de perceptos recibe apoyo empírico en el estudio de Abrams, Taintor y Lhamon (1966). En tareas requeridoras del manejo de datos ambiguos, los esquizofrénicos paranoides se diferenciaron de los no paranoides, en la cantidad de juicios inexactos, y no tanto, por el aplazamiento. También encontraron que cuanto más grave era el proceso paranoide, tanto mayor resultó el número de los juicios inexactos.

3.8 Estudios conceptuales

Shakow (1962) estudió las funciones conceptuales en sujetos paranoides, no paranoides y normales. Concluyó que en la psicosis existía una desorganización de los procesos conceptuales y que el patrón paranoide representaba una sobreacción ante una amenaza de desorganización, por lo que éstos se parecían mucho más a los normales que a los heberfrénicos.

Kew (1963) comparó una serie de dimensiones de los procesos conceptuales de personas normales, neuróticas y esquizofrénicas paranoides; entre los que se destacan los siguientes hallazgos: en la producción de conceptos abstractos, los neuróticos resultaron superiores a los normales y a los esquizofrénicos. En la dimensión de conceptos concretos, tanto los esquizofrénicos paranoides como los normales manifestaron una cantidad mayor que los neuróticos. Sin embargo, los esquizofrénicos paranoides aventajaron a los sujetos normales en la producción de conceptos concretos. En la dimensión de las respuestas del predominio sensorial, los paranoides manifestaron una cantidad significativamente mayor que la de los sujetos de los restantes grupos: normal y neuróticos.

La tendencia a la rigidez y a la concreción en el pensamiento de los paranoides alteró los procesos conceptuales en forma predecible. Esta aseveración pareció confirmarse por la observación de que en los sujetos paranoides, al compararse con los no paranoides y los de

control, tardaron muchísimo más en no producir una respuesta condicionada (O'Connor y Rawnsley, 1959)

3.9 Teorías del aprendizaje.

Entre los teóricos que dan cuenta de la formación del delirio paranoide, algunos han focalizado en las variables atencionales y de procesamiento informático, por verbigracia: Cameron, (1963); McReynolds (1960); Ullmann y Krasner (1969). Esencialmente, describen al paranoide como sobrerresponsivo a la información impertinente y/o fragmentaria. Como consecuencia a esa sobrerresponsividad, el paranoide desarrolla creencias parcialmente correctas o incorrectas. Una vez constituida la creencia, será rígidamente sostenida e impenetrable por la evidencia en su contrario.

Estos teorizantes han sugeridos tanto a la sobrerresponsividad y a la rigidez como mecanismos importantes en la formación de los delirios.

Con el propósito de exponer, por lo menos, uno de los tres teorizantes citados anteriormente, se presenta el caso concreto de la teoría sobre la etiología de lo paranoide de Ullmann y Krasner (1969)

Ullmann y Krasner (1969) proponen como agente causal el aprendizaje de una atención selectiva hacia los estímulos amenazantes en el desarrollo de los delirios paranoides. Como resultado de ello, el insumo perceptual queda sesgado, y las conclusiones sobre el entorno a las que

el paranoide llega, parécenle a los otros, ajenos a la conducta atencional del paciente, como delirante. Si a eso se le añade el factor de inteligencia superior, encontrados en éstos (Maher, 1974), facilitándole formar lógicamente generalizaciones de los datos que sesgadamente percibe, entonces formará inevitablemente conclusiones erróneas respecto al ambiente. A parte de lo anterior, hay que señalar que su inhabilidad para encontrar el error en su lógica le lleva hacia la inflexibilidad en la defensa y mantenimiento de su perspectiva. En esta teoría, el sesgo del insumo perceptual se da en función de la atención selectiva adquirida por el aprendizaje para bregar con los estímulos amenazantes. La información almacenada de su entorno, es la fuente para juzgar la realidad social o lo que fuere. De ahí que cuanto más sesgadamente este informado, tanto más responsivo será a los estímulos ambientales, en especial, a los de contenido de amenaza (Heilbraun, 1968, 1972; Heilbraun y Norbert, 1972).

3.10 La aproximación perceptual

Desde una conceptualización un tanto distinta a las anteriores, Maher (1974) propone la hipótesis de que los paranoides sufren de una anomalía perceptual que involucra un insumo sensorial intenso y vívido. Esa anomalía es de naturaleza biológica, aunque probablemente fluctúa con el estrés. Esas experiencias únicas demandan del paciente una explicación, la cual la desarrolla con arreglo a

las mismos mecanismos cognocitivos que usan los seres normales. Los datos disponibles para el paciente son decididamente distintos a los de los otros; quienes juzgaran la explicación como rara y patológica. Dado que el observador está imposibilitado de cotejar la validez de las descripciones sensoriales del paciente, tenderá , pues, asumir de que el paciente tiene su misma experiencia . De ahí infiere que el paciente tiene algún defecto en el examen de la realidad y / o en el pensamiento inferenciativo.

Maher (1974) resume en su artículo, a manera de introito, los cinco datos fundamentales respecto a los delirios paranoides: Primero, "no existe evidencia alguna de menoscabo cognitivo en los paranoides. Segundo, la evidencia señala al desorden perceptual como la condición primaria y previa en la historia natural del desarrollo de los delirios, y de la relación empírica del desorden perceptual a la presencia del "desorden del pensamiento". Tercero, no hay evidencia apoyadora de un patrón psicodinámico universal de la etiología. Cuarto, el surgimiento del fenómeno delirante en sujetos normales, en condiciones de experiencia sensorial desviada. Finalmente, informes de pacientes sobre sus experiencias" (Página 85).

Maher (1974) pasó a considerar su hipótesis del menoscabo biológico de la percepción desde la perspectiva de la teoría Neuropsicológica de la Esquizofrenia de Fish (1961). La que aún necesita, para su corroboración, del desarrollo de más investigaciones sobre los determinantes

neurológicos de la conciencia. De ahí que esta teoría, hasta hoy día no haya recibido corroboración a su hipótesis perceptual. No obstante, en una investigación reciente, Zimbardo et al. (1981) aluden al mecanismo cognoscitivo propuesto por Maher (1974) para explicar los delirios en los envejecientes con pérdida en la audición.

3.11 Teorías cognoscitivas

3.11.1. La teoría de McConaghy.

Desde una perspectiva cognitiva, McConaghy (1960) estableció que hay dos tipos de desviaciones en los patrones asociativos: uno, en el fortalecimiento de la capacidad para asignar significado lógico a los eventos, y otro, en una capacidad debilitada para excluir las asociaciones impertinentes. En el primer caso, el significado establecido, resiste las asociaciones conflictivas, y en el segundo, el proceso del pensamiento se vincula vagamente, caracterizándose por el uso de la intuición más que por el razonamiento, escapandósele, pues, el significado. McConaghy (1981) identificó al primero de los casos como una de las características de los paranoides, y al segundo, como lo prototípico del pensamiento no paranoide.

3.11.2 Teoría de Colby: Verguenza- Humillación.

Una de las contribuciones más peculiares para la comprensión del fenómeno paranoide, es la aportación de Colby (1971, 1974, 1975, 1976 y 1977). Su modelo sobre

los procesos paranoides de asimilación computarizada - Vergüenza - Humillación - consta de dos versiones: la original, descrita en la literatura Colby, Weber y Hilf, (1971) y Colby (1975); y la versión actualizada, un tanto compleja, Colby (1976, página 584).

En su nueva versión, el modelo simulado consiste de la suceción de dos procesos principales: el primero, incluye el reconocimiento del insumo lingüístico, el cual es transformado a patrones conceptuales que están apareados, a su vez, otros patrones almacenados -, memoria - y un segundo proceso, incluye, una estructura de creencia y una serie de procesos: para cambiar el estado de la estructura de la creencia mediante inferencias, otra para bregar con el afecto - miedo, cólera y vergüenza -, otra para derivar las intenciones, y por último, decidir la acción a tomar.

El armazón teórico de este modelo, fundamentada en el procesamiento informático, postula una serie de símbolos y estrategias. El modelo asume que el modo paranoide de procesamiento simbólico, anula y sustituye los procesos del procesamiento normal en las creencias, inferencias, afecto, intenciones, y las acciones, siempre y cuando, el sujeto interprete el insumo lingüístico como atentatorio a su autoestima.

Asimismo, propone Colby (1975) que una persona dominada por el modo de procesamiento paranoide, escudriñará el insumo lingüístico proveniente del entorno social o interpersonal, buscando evidencia indicadora de que

su yo es inadecuado, para dirigir, entonces, una estrategia encaminada al logro de los siguientes objetivos: repudiar que el yo sea inadecuado o insuficiente, para finalmente, culpar a los otros. Por consiguiente, el modo paranoide es una conducta propositiva, encaminada, principalmente, a reducir las emociones de miedo, angustia experimentadas por el paciente (Colby, 1975)

Una representación esquemática de este modelo sería:

Insumo lingüístico ---> Se transforma a patrones conceptuales ---> Concepto que activa un proceso de inferencia ---> El proceso de inferencia utiliza reglas de antecedentes y consecuentes (relacionadas por la implicación general de Si x, entonces y) ---> Los antecedentes son las creencias, estados afectivos a evaluar , por ejemplo, el número de preguntas formuladas ---> Los consecuentes: una creencia con un valor numérico de 0 a 10; donde 10 representa la "verdad" y el 0, ninguna verdad. Ahora bien, una creencia, puede servir, por consecuencia, de antecedente a otra regla de inferencia ---> Una vez completado el proceso de la inferencia, sus resultados son usados por el proceso de computar una intención: meta y forma de lograrla, seleccionando una respuesta lingüística ---> Los tres estados afectivos de naturaleza negativa: miedo, cólera y vergüenza ---> cuando amenaza al sujeto, suscitará una de tres emociones negativas: 1) Si la amenaza es interpretada como perjudicial ---> Miedo; 2) Si la amenaza es verdaderamente

perjudicial---> Cólera; y 3) Si aumenta el valor de la creencia de que el yo es inadecuado ---> Vergüenza. Se activará el modo paranoide, si se excede el umbral del valor de la vergüenza. El modo paranoide interrumpirá el modo normal de procesamiento, creando su propio proceso, por ejemplo, proveyéndole la creencia al sujeto de que el entrevistador, si ese fuere el caso, es malévolo e incompetente; conforme con ello, este puede atacar física o verbalmente al entrevistador.

Puesto que Colby (1977) señaló que su teoría de la Vergüenza - Humillación, tuvo un poder explicativo superior a las teorías de la homosexualidad, hostilidad y las homoestáticas, se destacan sus recomendaciones clínicas a tres niveles: tratamiento, manejo y prevención.

Dado que el meollo del proceso paranoide, según Colby (1976) es la activación de la vergüenza, implica para el tratamiento de los delirios paranoides, abordarla con técnicas semántico - cognoscitivas, por un lado; y a nivel conductista, Colby (1976) recomienda la desensibilización hacia el afecto negativo provocado por la ansiedad; así como a las experiencias de humillación y vergüenza. Colby (1976) recalcó como importante, que los pacientes la utilicen por sí mismos - autocontrol.

En cuanto al manejo del paciente, sugirió: primero, removerlo de las situaciones suscitadoras de creencias de humillaciones; segundo, renoverlo de aquellas situaciones

de desasosiego - que lo hagan sentir humillado, insuficiente y derrotado.

A nivel preventivo, Colby (1976) propuso minimizar el uso de técnicas de crianza que incurran en la provocación de vergüenzas. Apuntó que la vergüenza era devastadora y aniquilante, dado que involucra la desaprobación total de lo que se es y de lo que se hizo - ser y acto. De hecho, Colby (1976) visualizó el sentimiento de vergüenza como una crítica global a la autovalía de los individuos.

3.12 La teoría de Heilbraun (1973) sobre el Control Aversivo Materno.

Heilbraun (1973) propuso una teoría sobre el Control Aversivo Materno para explicar el desarrollo esquizofrénico. En ella, afirmó que la esquizofrenia tanto de tipo reactivo como la de proceso, estaban relacionadas al tipo de estilo adoptado por el niño frente al control aversivo de la madre. Destacó y caracterizó dos estilos de adaptación: el cerrado y el abierto.

Si la madre controla y rechaza en forma clara y directa, el niño desarrollará un estilo cerrado, caracterizado por las defensas perceptuales y tácticas de evasión social - pasividad, evasión y retraimiento - a fin de protegerse contra la evaluación negativa que a su vulnerable autoestima, le comunica su madre.

Por el contrario, si la madre controla y rechaza ambigua y engañosamente, fomentará en el niño un estilo

abierto, involucrador de una activa vigilancia perceptual y de tácticas de aproximación social, encaminadas, pues, a suscitar evaluaciones positivas en su madre, como forma de proteger su vulnerable autoestima contra las humillaciones y embatidas de la madre.

Cuando Heilbraun (1973) se percató del paralelismo existente entre la conducta perceptual y cognitiva de las personas con estilos abiertos con la de los paranoides, sugirió un modelo sobre el desarrollo de esa última forma de conducta.

Efectivamente, ese investigador identificó del estilo abierto, una serie de cualidades, que cuando actúan juntas, sirvieron para predecir el desarrollo de la sintomatología paranoide: baja autoestima, sensibilidad a la evaluación social, amplio rastreo o escudriñamiento a los estímulos, baja confianza interpersonal, proyección defensiva, intolerancia a la ambigüedad, y resistencia para modificar las creencias.

Posteriormente, Heilbraun y Bronson (1975) sometieron a prueba su modelo, investigando las propiedades del pensamiento delirante; y encontraron que se caracterizó por ser : 1. Complejo intrincado y elaborado. 2. Una vez acatada una premisa errónea, será procesada lógicamente. 3. Vizualización negativa del entorno social: insultos, amenazas, controles, persecuciones. 4. Adjudicación externa de la responsabilidad: "son los otros, no yo". 5. Creencias opuestas a la de los observadores.

Basados en esas propiedades, los investigadores predijeron que cuando se compararán las creencias de los hombres - adolescentes - de estilo abierto con la de un grupo de control, éstas serían: 1. Sostenidas por un mayor tiempo. 2. Más integradas 3. Una mayor preocupación con los aspectos negativos de su sistema de creencias. 4. Externalizarían la responsabilidad. 5. Menor credibilidad.

De esas cinco hipótesis, tan solo la primera, tercera y la quinta recibieron confirmación. Como consecuencia, los resultados no fueron consistentes con los atributos del pensamiento del adolescente de estilo abierto.

CAPITULO CUARTO: LA TEORIA DEL DEFICIT EN LA
INTEGRACION DE LOS PROCESOS
PSICOLOGICOS: PERCEPCION Y
CONCEPTUALIZACION.
Magaro,(1980).

De los datos encontrados en las investigaciones relativas a las tareas psicológicas - expuestas anteriormente - Magaro (1980) indicó que éstas señalaban lo siguiente: los esquizofrénicos paranoides manifestaban una preponderancia en el uso del proceso conceptual, mientras que los esquizofrénicos no paranoides utilizaban preponderantemente el perceptual. Ese hecho, Magaro (1980) lo explicó como el resultado de la falta de integración entre los procesos: perceptual y conceptual.

Magaro (1980) reconoció de las teorías desarrollistas de Piaget (1952) y Wiener (1948) la importancia que tiene el equilibrio para la adaptación del ser humano - integración en el caso de Magaro - entre la percepción del mundo y las estructuras conceptuales internas. Precisamente, de la teoría piagetiana sobre el desarrollo mental, Magaro (1975, 1980) extrajo tanto los conceptos de equilibrio como los de procesos y etapas de desarrollo para explicar en términos desarrollistas cómo un paro en la integración entre los procesos perceptuales y conceptuales, produce o bien el síndrome de la esquizofrenia o bien el de lo paranoide, tanto en los niños como en los adultos.

4.1 Enfoque desarrollista magariano.

De acuerdo con Piaget (1952) el desarrollo mental involucra la creación de estructuras adaptativas o esquemas de creciente complejidad. Esos esquemas, en su forma inicial, son elementales, y están presentes desde el nacimiento; y van sucesivamente transformándose a lo largo de una serie de etapas de desarrollo: sensoriomotor, preoperacional, operaciones formales..... en estructuras más adaptadas al ambiente. Estos esquemas se relacionan con el ambiente, gracias a los procesos adaptativos de la asimilación; el ambiente es aprehendido a través de los esquemas existentes - y mediante la acomodación, los esquemas existentes son modificados a fin de ajustarse a los datos perceptuales.

Para Piaget (1972) esos procesos adaptativos están complementariamente interrelacionados. Ambos procesos parecen estar simultánea y dialécticamente involucrados en cada acto; y operan para instaurar el equilibrio a la luz de nuevos datos. El sujeto, en el acto de conocer, es activo y consecuente al encararse con una perturbación externa y reaccionará compensatoriamente, procurándose el equilibrio (página,42).

A los procesos de la asimilación y de la acomodación de la relación dialéctica propuesta por Piaget (1972), Magaro (1980) los identificó con los procesos de la percepción - acomodación - y al de la conceptualización- con el de la

asimilación. Asimismo, Magaro (1980) igualó al proceso de equilibrio de la teoría de Piaget (1972) con el suyo de la integración.

Ahora bien, según Piaget (1972), y posteriormente, acatado por Magaro (1980), esos dos procesos: perceptual y el conceptual, igualados a los de Piaget, están normalmente integrados, empero existen una serie de condiciones desequilibrantes y productoras del crecimiento cognoscitivo a lo largo de los períodos subsiguientes, así como también, dentro de cada uno ellos, en específico, debido a la forma que asuma el egocentrismo en cada uno de los períodos: sensoriomotor - el egocentrismo infantil -, preoperacional - egocentrismo respecto a las representaciones -, operaciones formales - egocentrismo, y el pensamiento omnipotente.

Entre las condiciones suscitadoras del desequilibrio, se encuentran, por verbigracia: los datos novedosos y discrepantes, ya que para éstos no existen esquema conceptual alguno. En semejante situación, el organismo asume una de tres soluciones: primero, o modifica el esquema, ajustándolo a la percepción - acomodación -; segundo, o distorciona el percepto, ajustándolo al esquema existente - asimilación -; tercera, o finalmente, efectuando una combinación de las dos soluciones anteriores, que es lo ocurre con mayor frecuencia. Cualquiera de esas tres soluciones restablecen el equilibrio u integración, aunque la tercera forma de integración conduce a la adaptación más estable y eficiente.

En la teoría magariana, tanto la esquizofrenia infantil como la del adulto, son expresiones conductuales del fracaso en la integración entre el proceso perceptual y conceptual. La sintomatología clínica estará determinada por el estadio de desarrollo en que tenga lugar el fracaso integracionista. Como consecuencia, el fracaso en la etapa más elemental, la sensoriomotora, resultaría en autismo; empero en una etapa posterior, la preoperacional, el fracaso en la integración produciría esquizofrenia de la niñez. Una adaptación inadecuada en el estado preoperacional, puede conservarse como predisposición esquizofrénica con un nivel de expresión subclínica durante una etapa posterior, por ejemplo, la adolescencia.

Respecto al autismo, no se mencionará nada más, pero de la esquizofrenia de la niñez, se apuntará de que Magaro (1980) la dividió en dos subcategorías, en función de la solución no integracionista dada, perceptual: esquizofrénica; conceptual: paranoide. Estos fenómenos psicopatológicos, de por sí, interesantes, por no ser partes de los objetivos trazados de esta disertación, no se les discutirán. A la esquizofrenia y a lo paranoide de la etapa de las operaciones formales, en cambio, se les discutirá en la exposición que sigue a continuación.

De acuerdo con Piaget (1954) hay un tercer período del desequilibrio en la temprana adolescencia, justamente, cuando el niño comieza adquirir las operaciones formales, aproximadamente, a los once años. Como se apuntó ante-

riormente, para Magaro (1980) una solución no integrada en la etapa preoperacional, aunque inexpresada clínicamente como esquizofrenia de la niñez, debido a una gama de factores: severidad del desorden, inteligencia, demandas ambientales tomará expresión, definitivamente, en el período del desarrollo siguiente, configurándose, pues, como forma de esquizofrenia adulta. Esta forma de expresión dependerá de la solución no integracionista dada anteriormente: la forma paranoide, corresponderá a la solución conceptual - asimilativa, en el caso de Piaget -; y la forma esquizofrenia no paranoide, la perceptual - acomodación.

Expuestos el desarrollo de los procesos de la esquizofrenia paranoide - solución conceptual o asimilativa -, y de la esquizofrenia no paranoide - solución perceptual o de acomodación - , se pasará a considerar los mecanismos que hacen posible la expresión de esos dos procesos.

En el tercer período del desequilibrio entre la acomodación y la asimilación, el niño o niña se moverá de un pensamiento centralizado en lo concreto y en el presente, hacia una estructura conceptual propia de las operaciones formales: abstractas, acciones internalizadas, razonamientos hipotéticos - deductivos, de orientación futurista, es decir, incluye, lo abstracto, lo hipotético y lo posible (Inhelder y Piaget, 1958). En este tercer período de desarrollo, como en todas las etapas de transición, el nuevo modo de operar conduce al egocentrismo, pero aquí adoptará la forma de pensamiento omnipotente, y, por supuesto, con el corres-

pondiente menosprecio hacia cualquier obstáculo práctico o real que pueda encarar el preadolescente. En otras palabras, ese joven se encuentra en una fase en la que le atribuye un poder inlimitado a su propio pensamiento, pero sus derivados, como el sueño de gloria o la transformación del mundo mediante sus ideas, no parecen ser sólo fantasías, sino, una acción efectiva en sí misma, modificadora, pues, del mundo empírico. Esta forma de egocentrismo cognoscitivo, surge como resultado de las nuevas condiciones creadas por el estructuramiento del pensamiento formal, diferente del egocentrismo de los estadios anteriores (Inhelder y Piaget, 1958).

Ese período, de acuerdo con Magaro (1980) ejerce, en especial, un efecto diferenciador en niños o niñas que no alcanzaron una integración estable y eficiente. El niño, por ejemplo, con solución conceptual, ahora, en los inicios de la transición del estadio de las operaciones formales: abordará con vehemencia inusual el pensamiento abstracto y conceptual, abranzándolo en tal grado, que él se convertirá, por algún tiempo, en figura de emulación para sus compañeros. Empero, a pesar de su vehemencia por la abstracción, la solución conceptual anterior, con sus pocas categorías conceptuales, le impedirán moverse hacia una corrección perceptual necesaria para lograr la integración en sus operaciones formales. Por esa razón, sus conceptos se tornarán tan discrepantes e infalibles, que Magaro (1980) le augurará, por lo menos, una de dos alternativas posibles: o

bien lo diagnosticarán como esquizofrénico paranoide, o bien terminará anidándose en un nicho cultural, dónde le aceptarán esa forma de pensamiento.

En el caso del niño o niña con solución perceptual, alcanzará el estadio de las operaciones formales. Por consiguiente, su conducta, comparada respecto a la de sus compañeros estará caracterizada por el atraso a distintos niveles: interpersonal, conceptual, escolar e incluso no manifestará el pensamiento omnipotente de este estadio. Su conducta irá tornándose progresivamente tan atípica e inusual, hasta estructurarse definitivamente en esquizofrenia.

Los estudios de Siegel (1953), Sormner y Whiley (1961), Namachi y Ricks (1966), Barthall y Holmes (1968), Watt (1972) y Zigler y Levine (1973) sirvieron de fundamento empírico al aserto magariano de que la predisposición esquizofrénica de los adultos tiene sus bases en la edad temprana.

Ahora se pasará a exponer, desde una perspectiva desarrollista, a manera de especulación, la explicación magariana sobre los factores responsables que dan cuenta de la falta de integración entre los procesos perceptuales y conceptuales. En efecto, lo que hizo Magaro fue reformular el argumento genético - ambientalista desde el punto de vista de la sensibilidad innata del receptor y de la cantidad de estimulación paterna o materna dispensada a los niños durante el desarrollo.

Magaro (1980) asumió, por un lado, de que es necesario una cantidad de estimulación para la formación de las estructuras cognoscitivas; y por el otro, de que la integración es el proceso de incorporar esa estimulación sensoria a las estructuras en desarrollo cognoscitivo. Esto lo condujo hacer hincapié en la cantidad necesaria del insumo estimular para explicar el porqué de los mecanismos psicológicos se encuentran desviados en los grupos esquizofrénicos paranoides y no paranoides.

En cuanto a las causas iniciales, Magaro (1980) sostendrá que los factores causales se encuentran en el emparejamiento entre los umbrales de los receptores y de la estimulación dispensada por los padres durante la temprana infancia.

Basándose Magaro (1980) en los trabajos de Escalona (1973) sobre las diferencias individuales en la sensibilidad de los niños respecto a la estimulación entrante, por ejemplo: la evidencia indicadora de que los infantes manifestaron diferentes umbrales a la estimulación táctil (Bell, 1960), al dolor (Lippitt y Levy, 1959), la responsividad de los sistemas psicológicos al estrés (Grossman y Greenberg, 1957) y a la habituación (Bridger, 1961). Lleváronle a sugerir que todo crecimiento cognoscitivo normal requiere de una cantidad óptima de estimulación, que de no ofrecerse o conseguirse, creará, pues, psicopatología.

La posibilidad de conseguir o no la estimulación paternal o maternal necesaria, dependerá de las relaciones entre

las variables: el umbral del receptor y de la estimulación de los padres. Para Magaro (1980) tanto el umbral del receptor como el de la estimulación paternal o maternal, tienen, por lo menos, dos valores: alto y bajo. Del pareo resultante entre ellos, surgirán dos eventos, o bien algún tipo de patología de, o bien la integración. Si se examina la sugerencia magariana en la matriz 2x2 que aparece a continuación, se verá más claro:

		Tipo de estimulación	
		Alto	Baja
Tipo de umbral	Alto	<u>AA</u>	<u>AB</u>
	Bajo	<u>BA</u>	<u>BB</u>

En la matriz 2x2 AA y BB representan la estimulación óptima para el desarrollo cognoscitivo, e implica, la integración. Mientras, AB, BA, indican síndromes patológicos; AB = autismo, y BA, esquizofrenia. Sin embargo, Magaro (1976) apuntó, que aunque el autismo podría deberse a una baja estimulación, y la esquizofrenia, a una sobreestimulación; en el caso de la esquizofrenia de la niñez, al contrario de lo expuesto en la matriz 2x2, podría obedecer a una alta sensibilidad emparejada, o bien a una estimulación normal, o bien, a una sobreestimulación. La razón de ésto, según Magaro, radica en la relativa facilidad con que el niño hipersensitivo desarrolla los esquemas sobre los objetos, pero su hipersensibilidad se le convierte

en un obstáculo en la etapa preoperacional. Esto es así debido a que la percepción de los estímulos le es demasiado inmediata y abrumadora como para permitirle formar conexiones con los eventos ya vistos e impidiéndole, pues, el desarrollo de esquemas secundarios - solución perceptual. No obstante, si los conceptos se conectan, sería de manera tan tenues y precarios, que el niño los defendería contra todo insumo procedente de la percepción - solución conceptual. El niño hipersensitivo, por consiguiente, nunca establecería una integración entre los procesos perceptuales y conceptuales.

4.2 El modelo del procesamiento informático según Magaro (1980).

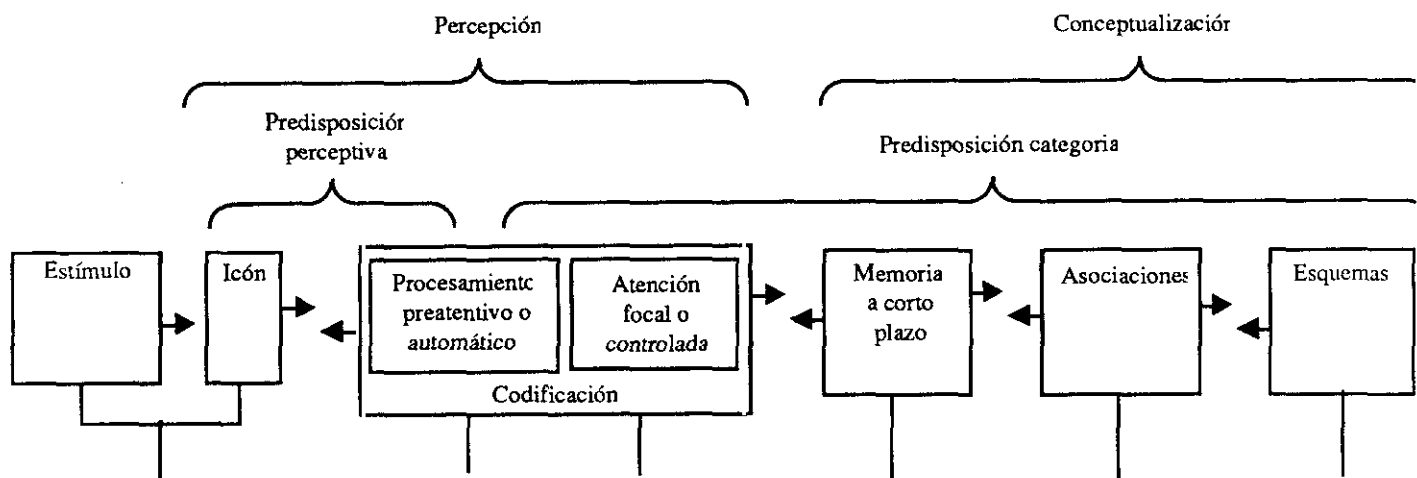
Efectuado el análisis desarrollista sobre la dinámica de los procesos perceptivos y conceptuales, Magaro (1980) pasó a considerar, a la luz de su modelo del procesamiento de la información e inspirado en (Neisser 1967,1976; Shriffrin y Schneider 1977; Schneider y Shriffrin 1977; y Hayes - Roth 1977) la operacionalización de los términos de la percepción y de la conceptualización, a la vez que describió la interacción de los distintos mecanismos psicológicos propuestos en su teoría.

La influencia de Neisser (1967) déjose sentir en las definiciones consideradas por Magaro (1980) a los términos siguientes, por verbigracia: la percepción, como "aquellos procesos que actúan sobre el icón" (página 171); a la

conceptualización la consideró como "aquellos procesos asociativos que operan después de formado el cogit" (página 171); y por integración, finalmente, "como equivalente al concepto de síntesis de las figuras de (Neisser, 1967) por lo que la integración tiene lugar cuando dos procesos separados y opuestos como lo son la percepción y la conceptualización, crean un estado de acción recíproca "(página 171).

El modelo magariano del flujograma informativo, con términos y procesos definidos (Magaro, 1980, página 158), expuesto esquemáticamente, y aprovechando la traducción efectuada en el libro de Esquizofrenia: Un enfoque Cognitivo de José M Ruiz Vargas, y reproducido libremente, sería:

TABLA 4.1: Modelo de procesamiento de información con mención de los parámetros relevantes y las tareas utilizadas para su estudio en cada una de las fases, según Magaro (1980).



PARAMETROS

- Intensidad
- Campo postestimular
- Duración

- Global
- Sin sobrecarga de memoria
- Persistencia
- Efectos práctica
- Inmediato
- Serial
- Limitaciones capacidad memoria
- Novedad

- Ensayo
- Repetición
- Capacidad
- Fuerza asociativa

- Complejidad
- Práctica
- Fuerza asociativa

- Número de configuraciones
- Fuerza asociativa

TAREAS

- Umbrales

- Amplitud de aprehensión
- Informe parcial
- Amplitud de aprehensión
- Informe parcial
- Informe total

- Reconocimiento
- Informe total

- Recuerdo

Tomado de: Ruiz-Vargas, J. M. (1987). Esquizofrenia: un enfoque cognitivo. Madrid, España: Alianza Editorial, A. A. 137.

A continuación se discutirá brevemente los términos y procesos de ese modelo, así como la influencia de Neisser (1967, 1976), Shriffrin y Schneider (1977), Schneider y Shriffrin (1977) y Hayes y Roth (1977) y su trascendencia en la descripción de los procesos esquizofrénicos tipo paranoide y no paranoide.

Este es un modelo de procesamiento lineal, empero no debe interpretarse como tal, sino figurativamente, ya que el autor sigue la sugerencia neisseriana de que para comprender adecuadamente la percepción, la teoría de la información tiene que explicar el efecto de la memoria de largo plazo, organizada dentro del esquema conceptual. Magaro (1980) sigue de Neisser (1976) la concepción cíclica del flujo informático de interacción recíproca entre el percepto y el concepto en la exploración del entorno estimular.

El modelo lineal magariano, de interpretación circular, paradigmático del procesamiento visual, comienza con el procesamiento del flujo informático de un estímulo externo, al incidir sobre las estructuras oculares, produciéndose, quizás, a nivel de los receptores retinianos (Sakitt, 1975) una representación interna, gracias a la previa ingerencia de la transformación óptica. La imagen resultante o icón, es un proceso de corta duración, aproximadamente de uno y medio a dos segundos, dependiendo, por supuesto, de las condiciones visuales particulares.

De la imagen icónica, se dice que está formada por una configuración de líneas y colores de longitud, anchura y contrastes variados. En el modelo magariano se destaca, por un lado, la función que Neisser (1981) recoge en una frase como: " el ícón simplemente simula para el resto del sistema nervioso, la información que se obtendría si la exposición real se encontrará todavía presente (página 62)".; y por el otro lado, la acción de dos procesos que actúan sobre ella, codificándola, ya sea en forma de serie o bien en secuencia: procesamiento preatentivo y la atención focal (Neisser, 1967), o bien en forma paralela: procesamiento automático o controlada (Shriffrin y Scheider, 1977).

Neisser (1967) sostiene que los dos procesos en la codificación siguen la secuencia siguiente: primero, el procesamiento preatentivo, divide inicialmente la discriminación del patrón icónico en unidades de composición, es decir, discrimina, separando formas o segmentos del campo estimular, sin reconocerlos como perceptos, pero sí, disponiéndolos para el posterior análisis a cargo de la atención focal. Neisser (1981) apunta una serie de características del proceso preatentivo cuando lo describe de la siguiente manera: "Estos operan con independencia de la atención, es decir, se encuentran continuamente propensos a detectar sus propias señales sin importar que otro ciclo perceptivo este operando) y son más o menos indiferentes al contexto y al significado (página 103)"

La atención focal ocupa el segundo lugar en la secuencia relativa a la codificación de la imagen icónica. Esta, a diferencia del preatentivo, actúa sobre el segmento, analizándole e interpretando sus atributos con el propósito de construir el percepto.

Esos dos procesos de la codificación representan formas atencionales que separan y relacionan la información del icón, en elementos específicos, resultando, pues, formadores del reconocimiento inicial del patrón, que posteriormente, cobrará significado, cuando los dos procesos transformen secuencialmente la imagen icónica en atributos categoriales.

La secuencia del procesamiento de la información: preatentivo, y, subsiguientemente, la atención focal, representan el curso normal en la consecución del patrón de reconocimiento de un objeto. Sin embargo, hay ocasiones en que los individuos no siguen esa secuencia de procesamiento, sino que dependen consistentemente más de una que de la otra, lo que representaría una relativa independencia entre esas dos formas de procesamiento. Magaro (1980) indicó que los esquizofrénicos dependen más del procesamiento preatentivo, mientras que los paranoides utilizan preferentemente de la atención focal.

Scheider y Shrifin (1977) presentaron una versión de los procesos codificadores del icón, que a juicio de Magaro (1980) era correctora y complementaria de la anterior descripción secuencial de Neisser (1967). En esa reciente versión señaló que el proceso de la codificación de la imagen

icónica, intervienen en relación paralela, dos tipos de procesamiento: el automático y el controlado; demostrados empírica y cuantitativamente por Scheider y Shrifin (1977). Estos denominaron de automático a la primera forma de procesamiento, en virtud de que basta con un elemento del estímulo presentado, para que actúe sobre él involuntaria y rápidamente el cogit, unidad básica de la conceptualización. Estos investigadores demostraron la automaticidad de esa estrategia, mediante la práctica repetida, al formarse una secuencia de "nodos", los cuales fueron activados por un insumo particular, sin necesidad de que el sujeto ejerciera su control. Las características de esta estrategia fueron las siguientes: una vez se hubiera activado y practicado, se haría difícil su modificación. Por lo que ésta estaría sólo circunscripta a la discriminación inicial de los elementos del estímulo practicado, como consecuencia, sería afectado por la carga mnémica o el número de "estímulos distractores".

Por el contrario, Scheider y Shiffrin (1976) señalaron que el procesamiento controlado es una operación de búsqueda consecutiva que procesa cada elemento del conjunto y depende del tamaño del conjunto u arreglo de la carga mnémica. Asimismo, es controlado por el propio sujeto, quién hace uso intenso de la memoria de corto plazo. Otra característica de esta estrategia, es su lentitud, si se compara con el proceso automático; esta diferencia obedece

a que el procesamiento controlado explora en serie y depende de la carga mnémica.

Estas estrategias de procesamiento comparan con las descritas por Neisser (1967) por cuanto el procesamiento preatentivo como el automático se vinculan a una estrategia de procesamiento global, holístico, rápido, y un tanto impreciso; mientras que la atención focal como la controlada, se caracterizan, pareciéndose, pues, por su forma de procesar es consecutiva u en serie, más precisa y lenta. Se diferencian, no obstante, desde el punto de vista de la secuencia de sus procesamientos. En el caso del preatentivo, va siempre en primer lugar, iniciando la división o segregación del campo, sobre el cual, posteriormente, actuará la atención focal. En el procesamiento automático, por el contrario, su ocurrencia siempre estará vinculada a una previa categorización del procesamiento controlado.

Para Magaro (1980) la diferencia entre las secuencias de las estrategias de procesamiento es ilusoria, ya que el procesamiento preatentivo viene determinado por la experiencia pasada, y, por tanto, el procesamiento controlado ocurre con anterioridad al preatentivo. El estudio de Haber (1966) sobre el influjo de la predisposición perceptual sobre el procesamiento icónico, le sirvió a Magaro de fundamento empírico en su argumentación.

Podría, por tanto, afirmar que la separación de los elementos de la imagen icónica por el proceso preatentivo, en realidad, fue desarrollado por pruebas anteriores,

implicándose con ésto, de que los segmentos de la imagen icónica estaban determinados con antelación a la acción de la atención focal.

Magaro (1980), acató de Shiffrin y Schneider (1977) de que los dos procesos eran específicos a las situaciones y dependientes de la práctica. De ellos, también adoptó la opinión de que los paranoídes consistentemente dependen de la estrategia del procesamiento contralado, mientras que los esquizofrénicos prefieren del procesamiento automático. Magaro (1980) destacó otro aspecto de los trabajos de Schneider y Shiffrin (1977) de que el esquema conceptual influye en el tipo de procesamiento, ya que a mayor experiencia con el ensamblaje, mayor será la probabilidad del uso del procesamiento automático.

En efecto, Magaro (1980) sugirió que si un individuo depende consistentemente de su esquema en la brega con su entorno estimular, en especial, con los aspectos imprevistos, usará posiblemente una búsqueda en serie, y manifestará las funciones detectoras, parecidas al procesamiento controlado, cuando procure encontrar los elementos que se ajusten a su esquema.

Magaro (1980) apuntó del trabajo de Schneider y Shiffrin (1977) que éstos corrigen en cierta medida los constructos neisserianos: primero, el procesamiento preatentivo es un asunto de práctica con la predisposición conceptual. Segundo, una vez establecidas las categorías, será difícil en extremo modificar lo que se percibe. Tercero,

los dos procesos son independientes y no necesariamente, se dan en secuencia, aunque, por lo regular, por los efectos de la práctica, se desarrollan secuencialmente.

La próxima unidad estructural del modelo magariano, es la memoria de corto plazo. Esta fue conceptualizada por Magaro (1980) como una breve concatenación asociativa, proveedora de las categorías conceptuales necesarias para traducir verbal o visualmente los atributos del ícón a formas reconocibles. Esta forma mnémica puede determinar el percepto durante el procesamiento de la atención focal.

La memoria de corto plazo, como ya dijera Miller (1956) tiene una capacidad aproximadamente para 7 ± 2 palabras; números o palabras son transformados en unidades mayores, por ejemplo, en el caso de los números 5, 9 y 3, representan tres unidades, se recogen y se transforman en una unidad mayor: 593; en el caso de las letras L, A, P, A, Z, se transforman en LAPAZ; a esas unidades, Miller, les llamó "Chunks" - porciones. Esos elementos son codificados, ensayados o agrupados en un concepto, a manera de palabra. Los "Chunks" pueden ser consideradas como "Memory Slots" - huellas mnémicas -, y podrían ser unidades simbólicas. Esto es de suma importancia, ya que la eficiencia cognoscitiva aumenta en proporción directa al número de huellas simbólicas, es decir, cuanto más huellas simbólicas posea un individuo, tanto mayor será su eficiencia cognoscitiva. Sin embargo, si

esas huellas son inflexibles y prescriptas, entonces, la codificación se tornará estereotipada (Magaro, 1980).

De la teoría "Knowledge - Assembly de Hayes - Roth (1977), Magaro (1980 y 1983) incorporó a su modelo de procesamiento, una serie de conceptos, principios y relaciones, expuestas a continuación. Las suposiciones teóricas de Hayes - Roth (1977) comenzaron con la propia definición del cogit; al que consideran como la representación mnémica, y como tal, es la unidad de información que se asienta en la memoria de corto plazo. La activación de esta memoria por un estímulo externo, se rige por la ley del todo o nada, es decir, se activa o no se activa. La fuerza de la activación del cogit radica en la experiencia. De ahí que cuanto mayor sea la experiencia con un particular estímulo externo, tanto más probable será la fuerza de su activación. En esta relación está implícito que el aprendizaje de una representación mnémica empieza con su activación por parte de los estímulos apropiados. Debido a los efectos de la repetición de ensayos, el cogit pasa a formar parte de una configuración de relaciones, la que se fortalece mediante el uso. Vale decir, que los teorizadores asumieron que la representación mnémica de la estructura del conocimiento progresa jerárquicamente, desde un agregado de partes independientes, pero, relacionadas, hasta la representación integrada a una estructura (Hayes - Roth, 1977). Esa configuración de cogits refleja simultáneamente todas las relaciones, y asociaciones.

A propósito de haber mencionado las estructuras teóricas del modelo de Magaro: ensamblaje y las asociaciones, se pasará, por tanto, a considerarlas en los párrafos siguientes.

Como se mencionó anteriormenrte, la configuración de cogits están ensambladas en asociaciones, y éstas se rigen por la ley del todo o nada; y su fuerza viene determinada por la experiencia previa. De ahí que si se estimula cualquier elemento de la asociación, el cogit configurado, quedará activado asociativamente, y responderá o no, dependiendo de la fuerza de la activación, adquirida en la experiencia.

De un grupo de "Associates" - miembros - que forman una ensambladura, se pueden formar otros ensambladuras de arreglo superior. La fuerza de la activación de estas últimas ensambladuras viene determinado, tanto por la fuerza de los elementos constituyentes del arreglo inferior, como por la función de su decreciente complejidad. En cuanto a la referida complejidad, la teoría del "Knowledge - Assembly" sostiene que cuanto mayor es el grado de complejidad, un tanto menor, será la fuerza de las configuraciones.

En cuanto a las ensambladuras, pueden transformarse en un esquema o sistema conceptual independiente. Este, al igual que el cogit o el cogit en configuración, también, es activado con arreglo a la ley del todo o nada. Por consiguiente, el grado de experiencia previa, determina la

posibilidad de su activación. En tanto el esquema esté debidamente fortalecido, el estímulo capaz de activarlo, será aquel que incluya dentro del ensamblaje un subconjunto de la información representada.

La teoría de Hayes - Roth (1977) apuntó dos condiciones necesarias para que el aprendizaje modifique el procesamiento de la información: primero, cuando los ensamblajes de arreglo superior - "High order assemblies" - influyan al cogit, y en segundo lugar, cuando la experiencia cambie el contenido informativo del cogit, es decir, cuando los nuevos cogits modifiquen las ensambladuras de arreglo superior.

Tomando todo lo expuesto sobre el modelo informativo de Magaro, resulta que el procesamiento normal de la información es un sistema bidireccional, que afecta recíprocamente al esquema, a la categoría y al percepto.

Sobre el significado de esquema y su relación con la experiencia en la teoría magariana queda patentizado en la definición tomada de Niesser (1981):

" Un esquema es aquella porción del ciclo perceptivo que es interno al perceptor, modificable por la experiencia y de algún modo específico con respecto a lo que se percibe. El esquema acepta la información en la medida en que ésta incide sobre las superficies sensoriales y es transformado por esa información; dirige los movimientos y las actividades exploratorias que permiten tener acceso a ulterior información, por lo cual, resulta nuevamente modificado (página 67 - 68) ".

Hasta ahora en la exposición de los elementos constitutivos del modelo de procesamiento informático de Magaro (1980) se ha pasado por alto: la predisposición perceptiva, la predisposición conceptual, así como, la atención.

La predisposición perceptiva influirá en el curso de los procesos preatentivos. El estudio de Haber (1966) es testimonio empírico de ello. En este estudio se entrenaron a los sujetos a informar las dimensiones objetales, más no así, los objetos mismos, de una serie de figuras de distintas formas, colores y cantidades. De todos los sujetos entrenados, aquellos que recibieron instrucciones codificadas, informaron las dimensiones inicialmente específicas. Los resultados indicaron que la instrucciones ofrecidas a los sujetos sobre las dimensiones influyeron en las discriminación inicial de la información, ésto podría interpretarse como un efecto de la predisposición perceptiva (Magaro,1980). De ese estudio se destacó que las instrucciones sesgaron el proceso de la separación de los segmentos del campo en el procedimiento preatentivo. De esta manera, el proceso preatentivo estuvo influído por la experiencia.

La predisposición categórica o conceptual influye sobre el curso de la atención focal, determinando el percepto, es decir, la categoría de la memoria de corto plazo pudo sesgar los atributos de se van agrupar para definir a un objeto. Existen, por lo menos dos estudios que fundamentan esta

posición, a saber, Buyelski y Alampay (1961) y Bruner y Minturn (1955).

Bulgeski y Alampay (1961) seleccionaron a dos grupos de sujetos. A un grupo los expuso a observar láminas de animales, y al otro, figuras humanas; luego, les presentaron una lámina que bien podía verse como una cara de un hombre o bien como la de un ratón. Encontraron que los grupos expuestos previamente a las láminas de los animales, vieron en la lámina presentada posteriormente, un ratón; lo contrario le ocurrió al otro grupo.

Asimismo, Bruner y Minturn (1955) presentaron el número 13 a un grupo de sujetos preentrenados con letras, y otro con números. Los sujetos preentrenados con letras, informaron ver una letra B, mientras los preentrenados con números, reportaron haber observado un número trece.

Estos dos estudios informados anteriormente, sugirieron que los sujetos reorganizaron sesgadamente, tras previo ensayo, el campo perceptual con arreglo a la categoría de la memoria de corto plazo. Por lo que se puede afirmar de que la predisposición conceptual influye en el curso de los procesos de la atención focal u controlado (Bulgeski y Alampay, 1961) y Bruner y Minturn, (1955), mientras que la predisposición perceptiva, afecta el curso del proceso preatentivo (Haber, 1966). Dicho sea de paso, Magaro (1980) supuso que los esquizofrénicos y los paranoides se diferencian por el grado de dependencia en la

predisposición perceptiva y conceptual en la brega con con el entorno estimular; los esquizofrénicos dependerán más de la predisposición perceptiva, mientras que los paranoides usarían preponderantemente, la predisposición conceptual.

En cuanto al significado que le otorgó Magaro (1980) al constructo de la atención en su modelo, lo tomó nuevamente de Neisser (1981):

" Soy de opinión de que las hipótesis como las de Treisman, Deutsch son innecesarias cuando la percepción se considera más bien como algo que hacemos que como algo que se nos introduce, no se requiere en absoluto mecanismos internos de selección (página 84)".

En efecto, Magaro en su teoría reconoció el cambio drástico efectuado en el significado del constructo de la atención, desde uno de filtraje perceptivo, a uno de proceso conceptual, lo que implicó entre otras cosas, que el nuevo significado era equivalente al procesamiento informático de aquellas distintas etapas y procesos que tienen que ver el proceso conceptual. Dado que su modelo es uno de procesamiento de la información, con sus respectivos procesos y etapas conceptuales, no tuvo, por tanto, necesidad de usar el término de la atención. Así con arreglo a esa definición de la atención, le resultó decisivo a Magaro para comprender los mecanismos psicológicos regentes en la esquizofrenia y en lo paranoide. Razonó de que si la atención involucra la acción de las ensambladuras, entonces,

cualquier sujeto que carezca de un esquema de conocimiento, como el caso del esquizofrénico, en consecuencia, no podrá procesar los atributos de los estímulos, ya que no le tienen significado alguno. Esa insuficiencia del esquema, es precisamente, lo que de acuerdo con la teoría magariana, caracteriza a los esquizofrénicos.

En el caso de los paranoides, aunque poseen esquemas para procesar los atributos, no obstante, por ser éstos escasos y de tan inflexibles, casi todas las señales físicas, las transforman a un mismo e inflexible mensaje. El paranoide procesa únicamente desde un esquema regulado por su punto de vista - sesgo perceptual - sobre la agenda escondida o el significado subyacente en todo acto humano. Por tal razón, no podrá, por lo menos, procesar simultáneamente desde dos esquemas. Magaro cree que la destreza, profundidad y precisión del percepto dependerá de la forma en que esté organizada su información. En cuanto al paranoide, le auguraría que puesto que carece de esas destrezas características, su información estará organizada inflexiblemente a fin de defender su sesgada perspectiva contra la agenda escondida.

En cuanto a la operacionalización de los constructos sobre la percepción y la conceptualización desde una perspectiva informática, Magaro (1980) ofreció una serie de conclusiones respecto a los esquizofrénicos y paranoides que no debían ignorarse. Por él haber considerado que los esquizofrénicos no tienen fuertes asociaciones para crear

ensambladuras estables, concluyó que estos pacientes para obtener información, tendrían que usar el procesamiento automático. Magaro, orientado por el modelo de Neisser (1967) definió esa etapa de procesamiento como perceptual. De los esquizofrénicos sostuvo que en las tareas que no se requirieran el uso del cogit, éstos ejecutarían igual o superior a los sujetos normales.

Los paranoides, en cambio, preferían el tipo de procesamiento focal o controlado, caracterizado por la precisión y la lentitud, este es el más afectado por el cogit. Las ensambladuras del cogit de los paranoides son extremadamente fuertes, característica acarreadora de dificultades en tanto una tarea les demande un cambio en sus ensambladuras, o si se les requiere la creación de un esquema, combinando nuevas ensambladuras. Magaro (1980) denominó a esta etapa de su modelo como la conceptualización. Magaro, teórico e investigador de su propia teoría, localizó el déficit del esquizofrénico en diferentes etapas del procesamiento informático. Supuso que estas etapas normalmente operaban simultáneamente, con el propósito de crear un flujo informativo. Ahora bien, por el esquizofrénico carecer de ensambladuras consistentes y de poca fuerza, no podrá utilizar el proceso perceptual para modificar su esquema; y el paranoide, por tener pocas pero fortísimas ensambladuras, le obstaculizaría reconocer perceptos distintos a los ya previamente configurados en su esquema (predisposición conceptual) ;

valdría, pues, decir, que el paranoide percibirá sólomente lo que se ajusta a sus pocas e inflexibles ensambladuras. Diríase, pues, a modo de conclusión, que en esos dos grupos de pacientes, la síntesis de figuras, por usar el término neisseriano, o en términos magarianos, no lograrían la integración de los procesos perceptuales y conceptuales.

4.3 Bases neurológicas de la teoría magariana sobre la Integración.

En la tercera, y última etapa del desarrollo de la teoría de la Integración, Magaro (1980) ofreció una base neurológica, tanto para el constructo de la integración como para los procesos perceptuales y conceptuales.

En términos generales, Magaro identificó la función del hemisferio izquierdo, con el proceso conceptual, y al hemisferio derecho, con lo perceptivo; a la integración la igualó con el intercambio de información interhemisférica; es decir, designó por correspondencia, los procesamientos de información, especificadas en su modelo informático, con los funcionamientos de los hemisferios cerebrales.

En consecuencia, al procesamiento preatentivo u automático, característico de los esquizofrénicos, lo localizó en la actividad visoespacial, y no lingüística, (Sperry, 1973; Levy, Trevarthen y Sperry, 1973; Kimura, 1966), o el procesamiento gestáltico (Patterson y Bradshaw, 1975; Semmes, 1968; Bever y Chiarello, 1974; Harmon, 1973) en el hemisferio derecho; y la atención focal o el procesamiento

controlado, modo preferido por el paranoide, asígnole a las actividades del procesamiento verbolingüístico, correspondiente a la actividad de las ensambladuras o ensamblajes, y por tanto, relacionados al conocimiento conceptual, (Sperry, 1973; Levy, Trevarthen y Sperry, 1973; Kimura, 1966), o al procesamiento analítico (Patterson y Bradshaw, 1975; Semmens, 1968; Bever y Chiarello, 1974; Harmon, 1973) con el hemisferio cerebral izquierdo.

El concepto de integración correspondió a la función de aquella estructura cerebral que intercambia información entre los hemisferios: el cuerpo calloso.

Magaro (1980) conjeturó de que tanto los esquizofrénicos como los paranoides prefieren unos modos distintos, pero específicos de procesamiento, sin base alguna en una disfunción - lesión - hemisférica, por el contrario, una dominancia o preferencia en uno u otro hemisferio, que obedece a una insuficiencia en el cambio informático interhemisférico.

Sobre el planteamiento anterior, la escasa y contradictoria literatura existente, revisada por Magaro (1980) indícole lo siguiente: los esquizofrénicos y paranoides prefieren diferentes hemisféricos para procesar la información (Young, 1974; DeSisto, Rice y Magaro, 1977; Gur, 1978), pero, no está claro sobre la inexistencia de las deficiencias lesiones estructurales en los hemisferios. (Clooney y Murray, 1977; Gur, 1978; Pic'l, Magaro y Wade,

1979), o de la existencia de las lesiones en los hemisferios (Flor - Henry, 1973, 1976; Beaumont y Diamond, 1973; Bazhin, Wasserman y Tonkongii, 1975; Gruzelier y Hammond, 1976). De toda esa situación, emanaron datos sugerentes sobre los problemas en el intercambio informativo entre los hemisferios, en los siguientes estudios, (Rosenthal y Bigelow, 1972; Beaumont y Diamond, 1973; Flor y Henry, 1973; Kinsbourne, 1974, 1975, 1974; Trevarthen, 1974; Blau, 1977).

Sin embargo, de toda esta madeja informativa, los más refulgente estuvo vinculado, por un lado, con las estrategias del procesamiento, elemento dominante en la actividad hemisférica; y como bien señaló Magaro (1980) ésto pudo haber sido el factor determinante. Por el otro lado, que la relación interhemisférica es necesaria para el desempeño apropiado de una tarea.

De la revisión de la literatura que realizara Magaro (1980) sobre los distintos estudios efectuados correspondientes a cada una de las etapas constitutivas de su modelo de procesamiento informático, se destacan los siguientes hallazgos:

Primero. Los paranoides y esquizofrénicos se diferenciaron en el proceso de la codificación del icón. El autor conjeturó que ésto obedeció a las preferencias de estos grupos de pacientes en el uso de las dos clases de procesamiento: el preatentivo o automático, en el caso del

esquizofrénico, y en el de los paranoides, la atención focal o controlada.

Segundo. Los trabajos respecto al reconocimiento mnémico señalaron que tanto los paranoides como los esquizofrénicos, son semejantes a los normales.

Tercero. Sin embargo, cuando se les requirió a estos pacientes que formaran ensamblajes, por ejemplo, el tener que recordar de memoria unos ítems, los paranoides pudieron hacerlo, mientras que los esquizofrénicos, no. Magaro explicó estos resultados en función de la fuerza relativa de las ensambladuras de estos pacientes. En el caso de los esquizofrénicos, la poca fuerza asociativa de las ensambladuras; y el caso de los paranoides, la fuerte asociación en las pocas ensambladuras.

Cuarto. En el caso de los esquizofrénicos, los miembros - "Associates" - no están necesariamente desviados, sino que les falta la fuerza suficiente para activarse; a diferencia de lo que ocurre con los normales y paranoides.

Quinto. Cuando un ensamblaje se opone a otro, entonces, el paranoide manifestará problemas con su esquema.

Sexto. Los paranoides mostraron su más grave déficit en aquellas investigaciones que hicieron hincapié en la codificación inicial del procesamiento perceptual: preatentivo.

Cuando se examinaron los trabajos e investigaciones empíricas sobre la memoria a largo plazo, estructura

estrechamente vinculada a los ensamblajes y al proceso conceptual, los esquizofrénicos no paranoides se comportaron deficientemente.

Octavo. En cuanto al esquema, la fuerza del ensamblaje no siempre conlleva a la adaptación al paranoide, más bien depende del tipo de demanda requerido a su esquema. Si la demanda de la tarea no va encaminada a flexibilizar los ensamblajes, sería, pues, adaptativa. Por el contrario, si la demanda de la tarea fuera encaminada a flexibilizar las ensambladuras, el paranoide se comportaría desadaptativamente.

CAPITULO QUINTO: EXPOSICION DE LOS PLANTEAMIENTOS
SOBRE LA INMODIFICABILIDAD DE LOS
DELIRIOS PARANOIDES; Y LA REVISION
CRITICA DE LAS ESTRATEGIAS
PSICOTERAPUETICAS: CONDUCTUALES
Y COGNITIVAS, RECLAMADORAS DE
ALGUN EXITO TERAPEUTICO EN LA
MODIFICACION DE LOS SISTEMAS
DELIRANTES.

En la práctica psicoterapéutica, tanto en la vertiente psicológica como en la psiquiátrica, los delirios han sido considerados, tradicionalmente, inmodificables Noyes y Kolb (1963); Cameron (1967); Henderson, Batchelor (1962); Freedman, Kaplan (1967); Jaspers (1968); Freedman, Kaplan y Sadock (1975). No obstante, encuéntrase en la revisión de la literatura, principalmente, la de más reciente cuño, uno que otro caso tratado clínicamente, que niegan la anterior afirmación. Estos testimonios psicológicos: la cognitiva, representada por Beck (1952); Hale, Rush y Beck (1979); y la conductista, Rickard, Digmany, Horner (1960); Kennedy (1964); Rickard et al. (1962); Ayllon y Haughton (1964); Davidson (1966); Wolf (1971); Wincze, Leitanberg y Agras (1972); Nydegger (1972); Watts, Powell y Austin (1973).

En definitiva, esas dos perspectivas, la cognoscitiva y conductista, han reclamado, un relativo éxito

psicoterapéutico o de modificación conductual de los delirios. Por esa razón, se les dedicó atención particularizada a cada caso.

Pero antes, es conveniente, añadir, por lo menos, dos observaciones clínicas que recogen, aunque imprecisamente, nociones sobre modificaciones en los sistemas delirantes. La primera observación asegura que en ocasiones, el contenido delirante es sustituible por otro, en cuyo caso, más que una modificación, con toda propiedad, trátase, pues, de una substitución de contenido; y una segunda, sostenedora de que, en algunos pacientes, basta con el paso de tiempo, para que los delirios se modifiquen (Hole, Rush y Beck, 1979). A esta última observación será discutida concurrentemente con los trabajos de Beck (1952) y Hole, Rush y Beck (1979) presentados a continuación.

La relación entre las distorsiones cognoscitivas con varias clases de psicopatologías han sido destacado por varios investigadores, entre los que se destacan, a saber: Beck (1963, 1976), Mahoney (1974), Meichenbaum (1977), Ellis y Grieger (1981). Han surgido técnicas cognitivas que reclaman éxito, en particular, para el tratamiento de la depresión (Beck, 1976); Rush, Beck, Novacs y Hollon, 1977), y para otros desórdenes conductuales (Ellis y Grieger, 1981); (Kendall y Hollon, 1981), Turk y Solovy (1985), y Goldfried et al.(1990).

5.1. Técnicas cognoscitivas.

En cuanto a los paranoides, el primer caso tratado con éxito, con las técnicas cognoscitivas, fue el informado por (Beck, 1952). De acuerdo con Beck (1952), su paciente esquizofrénico crónico, con un delirio persecutorio, de 7 años de duración consistía en sentirse seguido y vigilado por 50 miembros del FBI; Beck (1952) lo trató mediante un rastreo de los antecedentes del delirio y de un examen sistemático de las conclusiones. De esa forma, ayúdole al paciente a reconocer su sistema de creencia fijo e irracional. Ese reconocimiento sirvió para modificarle el delirio al sujeto.

A pesar del éxito alcanzado por Beck (1952) en el tratamiento de los delirios persecutorios del esquizofrénico crónico, no obstante, suscitan dudas, más cuando hay evidencia empírica disponible que establece un paralelismo entre la desaparición de la sintomatología paranoide con la cronicidad (Depue y Woodbun, 1975); y de que a mayor patología en el paranoide tanto más desorganizado será su pensamiento y tenderá a parecerse al del esquizofrénico no paranoide (Heilbraun y Heilbraun, 1977).

De modo análogo, Magaro (1980) entendió que esos cambios en los delirios obedecen a las condiciones de crasa y continua monotonía prevaleciente en los pabellones que convierten a los paranoides en esquizofrénicos crónicos no paranoides. Esta postura está montada sobre un estudio suyo y compartido (Magaro y Vojtisek, 1971) sobre la

dependencia al campo; estudio dónde recálcase que la monotonía de los hospitales afectaba la habilidad para efectuar discriminaciones perceptuales sencillas en cualesquiera de los residentes de los pabellones psiquiátricos, incluídos a los pacientes no psicóticos, como, por ejemplo, los alcohólicos.

Con estas evidencias y conjeturas se pretender criticar a Beck (1952) de que, en tanto su paciente era esquizofrénico crónico, es probable, por tanto, que el desvanecimiento del delirio persecutorio, no obedeció al tratamiento cognoscitivo en sí, a lo que han señalado, Depue y Woodbun (1975); Heilbraun y Heilbraun (1977), Magaro y Vojtisek (1971), y Magaro (1980) respecto al efecto de la cronicidad y/o la monotonía de los procesos perceptuales de los paranoides agudos, transformándolos en esquizofrénicos crónicos, no paranoides, en términos de Foulds y Owen (1963), de paranoide integrado a uno, no integrado. Con este planteamiento, a su vez, quierese explicar, en parte, la observación clínica, considerada a principio de esta sección, de que en algunos casos los delirios se modifican con el correr de los años.

Posteriormente, Hole, Rush y Beck (1979) motivados por el deseo de entender con mayor claridad cómo es que algunos pacientes esquizofrénicos paranoides, durante el tratamiento con tranquilizantes antipsicóticos, pueden llegar a modificar sus delirios paranoides. Planteáronse, en términos generales, la interrogante de si la modificación de

los delirios era el resultado de la influencia de los tranquilizantes o, si por el contrario, los pacientes juegan una parte activa en la evaluación de sus creencias delirantes.

La hipótesis de trabajo de los investigadores giró en torno a si los delirios de los pacientes eran modificables por el efecto resultante de la incongruencia entre el delirio y el evento externo. La postura de los autores consistió en la relación bidireccional entre el delirio y la realidad. Su hipótesis estuvo en contraposición tanto con la de Freud (1911) como con la Jaspers (1968). En lo referente a la formulación freudiana sostiene que los delirios son una proyección de un conflicto intrapsíquico. Esa proyección resquebraja la función del principio de la realidad. Por ello, en Freud, los delirios son considerados como epifenómenos, y por tanto, no receptivos a la discusión lógica y a la contraevidencia. Por su parte, Jaspers (1968) al igual, que Freud (1911), argumentó de que el delirio, con arreglo a sus demandas, estructura y distorsionan la realidad. De ahí, que Jaspers (1968) sostenga que la relación entre el delirio y la realidad validada cosensualmente, se diera unidireccionalmente.

Hole, Rush y Beck (1979) hicieron hincapié que su estudio no estuvo dirigido a cambiar las creencias delirantes, sino, antes bien, orientado hacia la fenomenología de la creencia delirante. Por tal razón, los resultados de las introspecciones de los pacientes respecto a sus sistemas

delirantes, constituyeron la fuente primaria de datos. Estos investigadores no trataron de confrontar, retar o desacreditar el delirio, - a la manera de Watts, Powell y Austin (1973)-, sino de unirse al paciente, para así, juntos, emprender la exploración de las siguientes preguntas : ¿Las creencias del paciente, están fundamentadas en su experiencia actual? ¿Cómo el paciente explica cualquier cambio registrado en su sistema delirante? (Página, 314)

En el plano metodológico, los investigadores seleccionaron al azar 8 pacientes - dos mujeres y seis hombres - con una edad promedio de 29 años, con un rango desde los 19 hasta los 5 años de edad. La mayoría sufría un proceso psicótico crónico, con una duración promedio de cinco años de enfermedad. Ninguno de los pacientes tuvo ingesta de alucinógenos, por lo menos, en su último año previo al estudio. Todos ingerían tranquilizantes antipsicóticos, empero los investigadores no especificaron la clase ni la cantidad.

Antes de presentar los resultados del estudio, se definirán las cuatro dimensiones de una creencia delirante propuestas por esos investigadores: convicción, refiérase al grado de certeza que tiene el paciente sobre la validez de su delirio; por acomodación, entiéndase como el grado de modificación en el contenido del delirio a consecuencia del evento externo; por penetrabilidad o intencionalidad, vale por el por ciento (%) de tiempo que durante el día se la pasa el paciente rumiando sobre sus delirios, buscando metas

delirantes, o interpretando su experiencia desde su sistema delirante; finalmente, el encerramiento en cápsula o encapsulamiento ("encapsulation"), significó el decremento en la intencionalidad sin estar asociado a un decremento en la convicción. Es posible, pues, que un paciente revelara un 100 % de convicción en su delirio, sin embargo, el grado de extensionalidad decreciera hasta el grado que representara una ínfima parte de la vida del paciente, mientras, por la otra lado, la orientación hacia la realidad, constituyera una proporción más delimitada (Página 314 - 315).

Los resultados del estudio, indicaron que de los 8 pacientes, la mitad, es decir, cuatro de los participantes, no mostraron cambio significativo alguno - grupo 1 -; de los restantes cuatro pacientes, todos registraron mejorías en el grado de la extensionalidad, - grupo 2 y 3; mientras dos pacientes del grupo 3, mostraron un decremento en el grado de la convicción de sus delirios.

Con arreglo a estos resultados, los investigadores Hole, Rush y Beck (1979) indicaron que los eventos externos y las intervenciones cognoscitivas: la focalización, interrogatorio, examen de la realidad, facilitaron el cambio en dos dimensiones, extensionalidad y la convicción. Lo que corrigió, a juicio de ellos, la pretensión freudiana y jasperiana respecto a la inmodificabilidad de los delirios por factores externos. Otro hallazgo señalado sobre los pacientes delirantes recuperados, consistió en sus diferenciaciones, al menos, en una o dos dimensiones, y eso obedeció, o bien ya

que éstos dejaron de pensar y actuar sobre sus delirios - decremento en la extensionalidad -, o bien, estos pacientes dudaron sobre la validez de sus delirios - decremento en la convicción; u ambas dimensiones simultáneamente.

Aunque los investigadores reclaman un relativo éxito en la modificación de los delirios , por lo menos, en cuatro de los ocho pacientes, en este estudio, al igual, que el anterior, Beck (1952), hay, por lo menos, una variable: pacientes esquizofrénicos crónicos, que pone entredicho el efecto del tratamiento. Por consiguiente, las mismas críticas formuladas anteriormente a Beck (1952) son válidas al estudio de Hole, Rush y Beck (1979).

Resalta a la vista otra crítica en el orden metodológico al estudio de Hole, Rush y Beck (1979). Si estos investigadores se plantearon estudiar como meta la naturaleza de la modificación de los delirios paranoides correspondía a los fármacos antipsicóticos y/ o los efectos de las técnicas cognoscitivas, debieron, cuando menos, tener un grupo de control de pacientes sin recibir medicación alguna, toda vez que esto fuera posible. Asimismo, unido a esta crítica, está el hecho, de la necesidad de especificar la naturaleza del o los fármacos ingeridos por los pacientes. Esta advertencia, se fundamentó en los hallazgos de Gruzelier y Hammond (1976) y Hammond y Gruzelier (1978) de que la chlorpromaniza - "chlorpromazine" - normaliza la asimetría hemisférica, principalmente, el izquierdo, controlador de la funciones verbo-conceptuales,

por excelencia. Según la teoría magariana, cualquier efecto que tenga a bien integrar los procesos conceptuales y perceptuales, elimina , pues, el delirio. Aunque no existen datos suficientes como para fundamental que se integran los dos procesos cognitivos, antes aludidos, por la acción farmacológica, no obstante, se propone a manera de conjetura, que éstos tienen un efecto falicitador. Todo lo dicho, en su conjunto, estuvo dirigido hacia recabar de los investigadores Hole, Rush y Beck (1979) la necesidad de nombrar específicamente el fármaco o los fármacos, ya que algunos de éstos pudieron haber facilitado la acción terapéutica, mientras otros, no. Es decir, los cuatro pacientes afectado por el tratatamiento psicoterapéutico pudieron, muy bien haber experimentado la acción farmacológica , o bien sólo, o bien, la interacción del fármaco con la intervención cognitiva. Sobre los restantes cuatros pacientes, renuentes al tratamiento cognoscitivo, muy bien, pudieron haber estado indicando el efecto facilitador de los fármacos y/o que las técnicas cognoscitivas no fueron efectivas en procurar una acción modificadora de los delirios.

Sin embargo, independientemente de la explicación aquí propuesta, un asunto quedó claro: la falta de controles en las variables extrañas y los errores metodolólgicos, invalidan los resultados del estudio.

Por su parte, William (1988), aunque con un caso de menor patología, reclama haber tratado mediante terapia

cognoscitiva y con un relativo éxito en 11 sesiones a un joven de 21 años, estudiante de colegio, diagnosticado de personalidad paranoide. El tratamiento consistió en el reestructuramiento cognitivo. Según William (1988), la mejoría conseguida en las áreas de los conflictos interpersonales, timidez, dificultad para relajarse y cambios del humor, se han mantenido a los 6 meses de finalizado el tratamiento.

5.2 Técnicas conductivistas.

Desde una perspectiva distinta a la anterior, la conductista, y con pacientes psicóticos crónicos, Rickard, Digman y Horner (1960), Kennedy (1964), Rickard et al. (1962) y Ayllon y Haughton (1964) mediante el reforzamiento con fichas intentaron modificar los delirios. De estos estudios operantes, ni Rickard et al. (1960) y, por último, Rickard et al. (1962) no demostraron experimentalmente que el reforzamiento redujera el delirio (Wincze et al., 1972)

En el caso de Ayllon y Haughton (1964) desde la perspectiva de la metodología experimental de la conducta, surgen dos críticas: no hubo un cotejo confiable en los registros de las enfermeras; y de los sujetos estudiantes, tan sólo uno exhibió decididamente un discurso delirante clásico, distinto del hipocandríaco.

Las críticas anteriores, en su conjunto, unidas a la del efecto de la cronicidad en los delirios, ponen en duda el

reclamo de los investigadores operantes sobre la eficacia del procedimiento de fichas para modificar la conducta delirante.

Wincze, Leitenberg y Agras (1972), usaron el reforzamiento con fichas unido a la retroalimentación para modificar la conducta delirante de 6 hombres y 4 mujeres - psicóticos crónicos - diagnosticados psiquiátricamente como esquizofrénicos paranoides. Los resultados señalaron que de la retroalimentación fue efectiva en la reducción del habla delirante de la mitad de los casos ; sin embargo, en otros tres casos, se produjeron reacciones adversas, no especificadas.

El reforzamiento con fichas mostró mayor eficacia cuándo redujo la conducta delirante de los 9 pacientes participantes.

La acción combinada de los dos procedimientos: retroalimentación y el reforzamiento con fichas, produjeron resultados circunscriptos al lugar dónde se les administró el tratamiento. Esto se corroboró cuando los pacientes mostraron poca generalización de la conducta no delirante en otros entornos. En otras palabras, los pacientes redujeron la frecuencia de la conducta delirante, justamente, en el contexto donde se les administraron los procedimientos combinados, empero, fuera del lugar del ensayo terapéutico, manifestaban nuevamente los delirios. Los investigadores del estudio adujeron que ese fenómeno obedeció, en parte, a que ellos usaron en el tratamiento

fases cortas, y la falta de un horario de reforzamiento intermitente. Sin embargo, se puede sospechar de que los pacientes de este estudio aprendieron a inhibir sus delirios en las condiciones experimentales.

De los procedimientos usados para modificar los delirios, Wincze et al. (1972) creyeron que el más efectivo fue el reforzamiento con fichas. No obstante, a este estudio se le critica, al igual que a los otros, la falta de control en las variable de cronicidad psicótica en los pacientes. Por tal razón, no se sabe, a ciencia cierta a qué variables respondió la modificación del delirio, o la cronicidad, o a la estrategia operante u a la combinación de ambos efectos.

Por otra parte, Richard Wolff (1971) utilizó el procedimiento de la saturación para modificar los delirios. Obtuvo el siguiente resultado; un decremento en los delirios, sin embargo, no logró su eliminación completa. El investigador presentó una serie de factores encaminados ayudar a la comprensión de esos resultados, así como la razón de la relativa falta del éxito alcanzado. Primero, el tiempo del tratamiento fue relativamente corto, si se compara con el cuarto de siglo de la existencia del delirio. Segundo, no diseñó un programa encaminado aumentar concurrentemente la conducta verbal no delirante. Tercero, la posible influencia de 500 tratamientos de electrochoques que recibió el paciente; esta advertencia esta basada en el estudio de Hudspeth y Gerbradt (1965), quienes citan numerosas investigaciones indicadoras de que los

electrochoques produjeron en los pacientes mentales, tanto un decremento en el aprendizaje como lesiones neuroanatómicas. Cuarto, desentrañar el papel de la posible interacción del medicamento anticonvulsivo con el tranquilizante, "thioridazine". Quinta, y última, la principal falla del estudio, a juicio del mismo investigador, tuvo que ver con la poca fiabilidad de las observaciones de los tres jueces para clasificar la conducta del paciente.

Rudy V. Nydegger (1972) utilizó el condicionamiento verbal más el entrenamiento en la aserción con un paciente de 20 años, con un cuadro de alucinaciones auditivas y visuales acompañado por un sistema delirante muy rígido, de contenido religioso.

Nydegger (1972) hipotetizó que el paciente utilizaba tanto las alucinaciones como el delirio para salir de las situaciones conflictivas. Por tal razón, creyó que en vez de tratar directamente al delirio, como hasta ahora habían hecho los demás investigadores conductistas, en cambio, él trataría con la unión del condicionamiento verbal y la aserción, las siguientes conductas: hablar sólo, retraído, hablar de su prestigioso y un tanto sagrado estatus social, la pasividad y dependencia. Según Nydegger (1972) con la combinación del procedimiento verbal mas el entrenamiento en la aserción administrado por espacio de dos meses, cesaron las manifestaciones delirantes. El éxito terapéutico, a juicio suyo, fue tal, que todavía a los dos y

medio años posteriores al tratamiento, el paciente no ha tenido recurrencia de sintomatología psicótica.

Con los escasos datos clínicos ofrecidos por el investigador sobre el paciente, por ejemplo, un diagnóstico impreciso respecto a si se trató a un esquizofrénico no paranoide o de uno que fuera no paranoide. Unido a ello, está la crítica que le formuló a esa postura conductista y , apuntada por Davison (1966), será expuesta en próximo párrafo.

La postura behaviorista, articulada, entre otros, por Wolff (1971), Nydegger (1972) de que si los pacientes no mostraban correlatos conductuales del delirio, como resultado directo del uso de los procedimientos conductistas, era un índice inequívoco de que había tenido lugar la modificación del delirio. El investigador Davison (1966) criticaró a la postura anterior por no tomar en consideración la posibilidad de que esos pacientes hubieran aprendido a inhibirse, cerrando la boca, empero sus creencias delirantes permanecieron inalteradas.

Gerald Davison (1966) desde una perspectiva conductista, pero un tanto más cognoscitiva, buscó maneras de estructurar las creencias paranoides de un paciente que sostenía lo siguiente: un espíritu lo ayudaba a tomar decisiones, y le provocaba puntos de presión sobre un ojo. Para el tratamiento, Davison (1966) ofreció una interpretación alterna respecto a la presión ocular, lo que en realidad eran: contracciones musculares, provocadas por

situaciones tensionales. Asimismo, demóstrele, además, otros puntos de presión en otras áreas corporales, por ejemplo, en la mano, o en el brazo; se podría conseguir o bien cerrando o bien doblando la muñeca; le enseñó al paciente a explorar otras situaciones tensiógenas, como por ejemplo, el juego de "blackjack". A fin de reducirle la tensión al paciente, Davison le enseñó técnicas de relajamiento muscular. Según, el modificador en conducta, su estrategia tuvo el siguiente resultado: cuánto más el paciente se convencía de las interpretaciones davisonianas, tanto menos paranoide parecía.

Analógamente, Watts, Powell y Austin (1973) desarrollaron un procedimiento sistemático encaminado a modificar los sistemas de creencias paranoides. Este consistió de los siguientes pasos: después de una entrevista inicial, el terapeuta recolectaba una lista de creencias delirantes del paciente; éste último, con la ayuda del terapeuta, le calibraba el grado de fuerza a sus creencias delirantes con arreglo a una escala puntada del 1 al cinco. Los autores dieron por sentado, que cuanto menor fuera la calificación en la escala, tanto más fácil sería la alteración de la creencia delirante. El procedimiento continuaba progresando de la siguiente manera, el terapeuta le preguntaba a los pacientes por las razones que sustentaban sus creencias. Toda pieza de evidencia traída por el paciente, era contradicha, pero se le ofrecía una explicación alterna al paciente. No se discutía la evidencia en sí, sino la evidencia fundamentadora. Para

evitar un confrontamiento directo con el paciente, y con ello, en un intento por impedir el refortalecimiento de la creencia en cuestión, el terapeuta, advertíale a su paciente que los contraargumentos eran presentados para que ellos los tuvieran a bien considerar. De esa forma, intentaban informales que sus opiniones, no tenían que ser necesariamente abandonadas. Al paciente se le reanimaba para que ofreciera una reinterpretación de la evidencia.

Watts, Powell y Austin (1973) en un estudio piloto, aplicaron la técnica anterior a tres pacientes que sostenían la creencia delirante de la rareza u afeminamiento de su apariencia física. Con el uso de esta técnica, los investigadores produjeron una considerable reducción en la fuerza de los delirios.

En resumen, de los modelos de tratamiento conductual emergieron básicamente dos estrategias para modificar los delirios de los esquizofrénicos y de esquizofrénicos agudos tipo paranoides. Primero, los procedimientos operantes: reforzamiento con fichas, cese del tiempo, reforzamiento con fichas más la retroalimentación, saturación. Segundo, un enfoque de restructuramiento cognoscitivo, reflejo del más creciente interés de los clínicos conductuales por conocer la forma y manera en que las personas construyen los esquemas de su entorno social y cultural.

En cuanto a la efectividad de los tratamientos, en su vasta mayoría, y desde un plano metodológico, no están claro estos resultados por la falta de control de variables

extrañas: unos, por la ingerencia de la variable de la cronicidad en el tratamiento, y otros, por la posibilidad de que los pacientes aprendieran a reprimir el delirio frente a los procedimientos conductistas de corte skinneriano; y los últimos, de visión conductivista con tinte cognoscitivo, sus informes sobre las modificaciones de los delirios no han sido, de ninguna manera, concluyentes.

Por lo tanto, tomando en consideración, tanto los estudios y tratamientos cognoscitivos, como los de cortes conductistas ortodoxos y los neoconductivistas con tendencias cognoscitivas, todos, en su conjunto, conducen inequívocamente a una conclusión: los delirios pudieran ser modificables; sin embargo, no han demostrado científicamente, a nivel clínico, que la eficacia de sus tratamientos responda a las variables que ellos reclaman como las modificadoras de los delirios.

Por consiguiente, dada esta particular situación respecto a la posibilidad de modificar los trastornos paranoides, se coligan, por lo menos, tres razones para la inmodificabilidad de los mismos:

Primero, o bien, la ineficacia de las terapéuticas influídas por el paradigma dominante, que a juicio del autor han obrado como un impedimento en la identificación y comprensión del mecanismo subyacente formador de los delirios paranoides, toda vez que se acepte que lo paranoide es parte de lo esquizofrénico; pues, si el paradigma dominante ha obstaculizado, el paradigma emergente, en

cambio, dá pie para emprender la modificación de los delirios, gracias a su intento por dar con el mecanismo explicativo, y, de orientar su terapéutica. Empero, antes tiene que demostrarse su eficacia y validez en la práctica clínica con los delirios paranoides. Con esta posibilidad, concurre Magaro (1976, 1980).

Segundo, o bien, el desconocimiento sobre el mecanismo subyacente de lo paranoide, ya sea debido a su naturaleza químico fisiológica, o ya sea por la falta de un desarrollo de estrategias clínicas adecuadas, hacen, pues, a lo paranoide, hasta ahora, inmodificable; en cuyo caso, los delirios paranoides son tentativamente, intratables; indicándose, su control y prevención como única forma de abordaje (Maher, 1974).

Tercero, o bien, el mecanismo subyacente explicativo, independientemente del nivel que fuere: químico, fisiológico, psicológico; por razón de su propia índole, hace la condición paranoide inexorable y permanentemente inmodificable. Por lo que la única forma de abordaje posible sería de naturaleza preventiva, o de control, pero, inmodificables. Por verbigracia, Freud (1911) y Jaspers (1968).

En esta disertación se favoreció la primera posibilidad. Por esta razón, los señalamientos magarianos del tratamiento de los paranoides se someterá a prueba empírica y clínica. Por lo pronto, se pasará a discutirlos en el próximo capítulo

CAPITULO SEXTO: FUNDAMENTOS Y LIMITACIONES DE LA
TECNICA PARA LA MODIFICACION DE
LOS DELIRIOS PARANOIDES DE
ORIENTACION MAGARIANA E HIPOTESIS

6.1 Influencias, suposiciones y sugerencias magarianas para el desarrollo de la técnica.

El plan de entrenamiento intensivo, sugerido por Magaro (1980), encaminado a modificar la sintomatología de los paranoides, resultó influído, por lo menos, por tres fuentes informativas. Por un lado, por la teoría del Déficit en la Integración Psicológica; por el otro lado, por la teoría y práctica de los entrenamientos remediativos con los niños con problemas de aprendizaje, en específico, la teoría Sobre el Funcionamiento Lingüístico de Osgood (1975); las terapias para el tratamiento remediativo de Hammill, (1972), Hammill y Larson (1975), y Ayres (1975). Finalmente, por las tareas de laboratorio con demandas perceptuales y conceptuales.

La teoría magariana asume que lo paranoide es adquirido, y por lo tanto, modificable, en tanto se manejen terapéuticamente los factores de que ésta es una función. Teóricamente, tanto lo paranoide como lo esquizofrénico son el resultado de la desintegración de los procesos perceptuales y conceptuales. En el paranoide, el proceso conceptual se sobrecompensa, y el perceptual, se descompensa. En el caso del esquizofrénico no paranoide, ocurre lo inverso.

Por lo tanto, el tratamiento de ambos pacientes girará en torno a la reintegración de los procesos perceptuales y conceptuales. En el caso de la sobrecompensación conceptual del paranoide, su estructura se explicó y se describió con arreglo al modelo del flujograma desarrollado por Magaro (1980), en un esquema constituido por pocas categorías, y formado por unas inflexibles y fortísimas asociaciones que inciden sobre el percepto, imponiéndole un significado particular, a priori, y manteniéndolo, a pesar de toda la prueba lógica u empírica en su contra. Ese sistema de creencias inflexibles, delirio, o predisposición conceptual, es a juicio de Magaro, patognomónico de este fenómeno psicopatológico, e inmodificable, será sometido a un entrenamiento en tareas de naturaleza perceptual y conceptual.

De la experiencia con las teorías para el tratamiento remediativo con niños con problemas de aprendizaje, se sirvió Magaro para teorizar sobre un posible tratamiento en el área de la deficiencia perceptual de los paranoides, y no con la sobrecompensación conceptual, delirio. Con esta decisión, de inicial el tratamiento con el proceso menoscabado en los paranoides, se estaría creando las condiciones favorables para la integración de los dos procesos aludidos anteriormente. De comenzar el terapeuta, el tratamiento con el proceso dominante, el conceptual, en el caso de los paranoides, se estaría impidiendo la integración de ambos procesos.

De modo, que la estrategia magariana para el tratamiento del paranoide, consistirá en remediar, primero, mediante un intenso entrenamiento progresivo, la deficiencia perceptual. Una vez superada esa deficiencia por el paciente paranoide, se pasará a entrenarlo mediante tareas conceptuales, aumentándoles el número de categorías, a la vez que se esperará flexibilizarles las asociaciones de su esquema.

La utilización de las tareas con demandas perceptuales y conceptuales obedecen a la necesidad de operacionalizar los constructos teóricos involucrados en la condición paranoide, y de esta manera, servir como indicadores del funcionamiento de dichos procesos.

Así, un participante paranoide manifestará una ejecutoria deficiente en las tareas perceptuales cuando se les compare con un esquizofrénico no paranoide. El paranoide, por el contrario, en una tarea dirigida a ofrecer conjeturas sobre lo observado, a fin de que flexibilice las asociaciones constitutivas y aumente el número de categorías de su esquema, logrará superar la tarea conceptual, a diferencia de un participante esquizofrénico no paranoide con asociaciones laxas en su esquema conceptual.

De acuerdo con el modelo para el tratamiento del paranoide, si los participantes paranoides que superen satisfactoriamente los requisitos de las tres tareas, modificarán su sintomatología.

El plan de tratamiento diseñado para los paranoides, se dividió en tres tareas, de acuerdo con la naturaleza de las demandas de la tareas y por el orden de presentación. Primero, se le presentaron a los participantes dos tareas de índole perceptual; y en segundo lugar, una tercera tarea, de naturaleza conceptual.

En la primera tarea de naturaleza perceptual, se le hizo hincapié a todos los participantes que atendieran a las señales estímulares, con el fin de incrementar en los pacientes una mayor concienciación hacia los estímulos predominantemente ambientales.

En la segunda tarea se demandó que todos los participantes discriminarán semejanzas y diferencias. En la modalidad visual, el objetivo consistió en incrementar el proceso de la atención focal en los pacientes, a la vez que se les controlaba el influjo del sesgo categórico o conceptual sobre el percepto. Por eso, las láminas se les presentaron a los sujetos, taquitoscópicamente.

Con el objetivo de crear condiciones favorables para la obtención de niveles más complejos de aprendizaje, se destacaron ciertas condiciones en la confencción y preparación y desarrollo de esta segunda tarea, señaladas por Salzinger y Salzinger (1973), es decir, la importancia estrecha que guardan la relación entre el aprendizaje y la discriminación. Estas condiciones incrementadoras de las ejecutorias de los participantes en tareas sobre discriminación fueron : primero, maximizar las diferencias entre

los estímulos; segundo, exagerar las diferencias entre los rasgos; tercero, aumentar el grado de familiaridad con los rasgos distintivos de los estímulos; cuarto, incrementar progresivamente los niveles de dificultad; y, finalmente, en quinto lugar, la práctica (Fellows, 1968 y Gibson, 1969).

En la tercera tarea, el entrenamiento de los pacientes paranoides se movió más allá de los parámetros perceptuales, hacia la integración de los procesos perceptuales y conceptuales. Para el logro de ese objetivo, se necesitó con antelación, aumentar el número de categorías y flexibilizar el esquema del paranoide mediante una tarea demandadora de conjeturas, desarrollada por Sieber y Lanzetta (1966), y usada con efectividad para incrementar la creatividad en las personas normales.

La tercera tarea, la conceptual, la que versó sobre la generación de conjeturas, se desarrolló fundamentándose, tanto en la teoría sobre la jerarquía de hábitos de Hull como en las interpretaciones teóricas de Maltzman (1960), y de Mednick (1962) de que la habilidad para generar respuestas alternas a un estímulo dado, es una función, tanto de la fuerza relativa de las respuestas como de la posición que ocupa en la jerarquía de las respuestas.

Con arreglo a la anterior interpretación, Magaro (1980) vino a sostener de que una persona con una jerarquía amplia y equilibrada, manifestará, probablemente, un número mayor de respuestas alternas que una persona de una jerarquía de pocas, pero de fortísimas

asociaciones como es el caso del paranoide. De ahí la recomendación magariana de ampliar y equilibrar la jerarquía de las respuestas en los paranoides.

Puesto que (Maltzman, Bogartz, y Brenger, 1958) han demostrado que se puede manipular la fuerza relativa de las respuestas en una jerarquía para producir cambios en la habilidad generadora de respuestas alternas, ésto unido a lo sostenido por Sieber y Lanzetta (1966) de que en un entrenamiento dirigido a producir conjeturas, es generalizable a otras tareas, viabilizó la posibilidad de modificar el rígido e inflexible esquema conceptual de los paranoides.

Por lo dicho anteriormente, se pudo, pues, esperar, que con un entrenamiento en tareas en la generación de conjeturas, los paranoides, puedan aumentar el número de categorías necesarias para flexibilizar y ampliar sus asociaciones en la ensambladura, cuando hayan completado con los requisitos de la tarea, y, por ende, eliminado la sintomatología paranoide.

Para el desarrollo de esta técnica, Magaro (1980) tan sólo ofreció una serie de sugerencias generales; entre las que se destacan las siguientes:

Primero, el objetivo terapéutico general, consecuencia obligada de su teoría, consistió, de que mediante un tratamiento remediativo, análogo al que se practica con los niños con problemas de aprendizaje, mejorar el menoscabo perceptual e integrarlo al conceptual.

Segundo, empero, es menester el logro previo de unos subobjetivos, desglosados en las siguientes tareas, en específico: en la tarea para atender señales, el objetivo procurará incrementar una mayor concienciación hacia los estímulos, particularmente, ambientales, vía las distintas modalidades sensoriales; en la segunda tarea sobre discriminación entre semejanzas y diferencias, tuvo como finalidad aumentar el proceso de la atención focal, controlando el influjo del sesgo conceptual; y por último, en la tercera tarea, la que trató sobre la generación de conjeturas con el fin de flexibilizar las asociaciones rígidas del esquema, en tanto se incrementaron el número de categorías conceptuales, necesarias para ampliar la estrechez perceptual impuesta desde y por el sesgo conceptual.

Tercero, Magaro, con el fin de lograr una mayor generalización de respuestas perceptuales, requirió la necesidad de exponer a los pacientes paranoides a una estimulación sensorial diversa: visual, táctil, olfativa, gustativa, auditiva y propioceptiva.

Cuarto, de la misma manera, aconsejó que el material presentado en las tareas se movieran desde ejercicios más sencillos hasta los más complicados, tomando en consideración los tiempos de presentación y de las contestaciones, así como el número de respuestas requeridas.

Quinto, hizo hincapié en la necesidad de la práctica intensiva durante el entrenamiento;

Sexto, y del reforzamiento seguido a los aciertos en las tareas con el fin de proveer un nivel motivacional necesario para asegurar la ejecutoria, pero no lo suficiente como para interferir con el elemento decisivo del tratamiento, las ejecutorias de la tareas, es decir, el reforzamiento fue visto como factor motivacional y no como el evento modificador de la conducta (Magaro, 1980, página 268).

A parte de los objetivos terapéuticos, y de las estrategias teóricas, orientadoras de la terapéutica del paranoide, Magaro no fue lo suficientemente explícito, a saber, en los siguientes aspectos: primero, en el orden de presentación de las modalidades sensoriales a estimularse; segundo, sobre el contenido de los tareas, salvo uno que otro comentario sobre las láminas visuales; tercero, en las instrucciones. Por consiguiente, todos estos aspectos fueron desarrollado por el investigador de esta disertación.

Puesto que el desarrollo y confección de la técnica magariana se describe en el capítulo siguiente, por ahora, se pasará a presentar las hipótesis de esta investigación.

6.2 Las hipótesis

6.2.1. Las cuarenta y seis hipótesis:

Si a los participantes esquizofrénicos tipo paranoides y a los esquizofrénico no paranoides fueran expuestos a la técnica de orientación magariana para la modificación de la sintomatología paranoide, entonces, se predijo el siguiente comportamiento diferenciado por ensayos y tiempos para las distintas modalidades sensoriales requeridos en cada subtarea para completar éxitosamente las tres tareas que forman la técnica. En la primera tarea de naturaleza perceptual, atender a diversas señales estimulares, se vaticinarán catorce hipótesis:

1. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtarea propioceptiva.

2. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un promedio de tiempo significativamente mayor que el que utilizarán los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtarea propioceptiva.

3. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que el de los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtarea táctil - forma.

4. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtarea táctil - forma.

5. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtask táctil - textura.

6. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtask táctil - textura.

7. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un tiempo significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtask visual.

8. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtask visual.

9. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtask auditiva.

10. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtask auditiva.

11. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtask olfativa.

12. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtask olfativa.

13. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtask gustativa.

14. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtarea gustativa.

En la segunda parte de la técnica de orientación magariana se confeccionaron tareas sobre semejanzas y diferencias de naturaleza perceptual. Para estas subtareas se predijeron treinta hipótesis sobre el comportamiento de los participantes.

15. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtarea propioceptiva sobre cuál no es igual al modelo.

16. Los pacientes esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtarea propioceptiva cuál no es igual al modelo.

17. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtarea propioceptiva cuál es igual al modelo.

18. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtarea propioceptiva cuál es igual al modelo.

19. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtask táctil - textura cuál no es igual al modelo.

20. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtask táctil - textura cuál no es igual al modelo.

21. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtask táctil - textura cuál es igual al modelo.

22. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtask táctil - textura sobre cuál es igual al modelo.

23. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtask visual con constancia en el color y variación en una forma para determinar cuál es igual.

24. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtask visual con constancia en el color y una variación en la forma para determinar cuál es igual.

25. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtaska visual con constancia de la forma para determinar cuál no es igual.

26. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtaska visual con constancia de la forma para decir cuál no es igual.

27. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides en la subtaska visual con constancia de la forma para decir cuál es igual al modelo.

28. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar una subtaska visual con constancia de la forma para decir cuál es igual al modelo.

29. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtaska visual sin constancia de la forma para decir cuál es igual al modelo.

30. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar una subtaska visual sin constancia de la forma para decir cuál es igual al modelo.

31. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos

no paranoides para completar una subtarea visual sin constancia en la forma para decir cuál no es igual al modelo.

32. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar una subtarea visual sin constancia en la forma para decir cuál no es igual al modelo.

33. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar una subtarea auditiva sobre qué sonido no es igual.

34. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar una subtarea auditiva sobre qué sonido no es igual.

35. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides en una tarea auditiva sobre qué sonido es igual al modelo.

36. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar una subtarea auditiva sobre qué sonido es igual al modelo.

37. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar una subtarea olfativa sobre qué olor no es igual al modelo.

38. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar una subtask olfativa sobre qué olor no es igual al modelo.

39. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos para completar una subtask olfativa sobre qué olor es igual al modelo.

40. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar una subtask olfativa sobre qué olor es igual al modelo.

41. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar una tarea gustativa sobre qué sabor no es igual al modelo.

42. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar una tarea gustativa sobre qué sabor no es igual al modelo.

43. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar una subtask gustativa sobre qué sabor es igual al modelo.

44. Los esquizofrénicos tipo paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizo-

frénicos no paranoides para completar una subtarea gustativa sobre qué sabor es igual al modelo.

De la última tarea sobre generar conjeturas sobre una serie de láminas, se predijo que los esquizofrénicos no paranoides no cumplirían con esta tarea, y los esquizofrénicos tipo paranoides, sí; entonces, se predijeron dos hipótesis:

45. Los esquizofrénicos tipo paranoides ensayarán un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides en la tarea de las conjeturas sobre las láminas. o diapositivas

46. Los esquizofrénicos no paranoides necesitarán un tiempo promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la tarea sobre las conjeturas ofrecidas a las distintas láminas.o diapositivas

6.2.2 Sobre la efectividad del tratamiento de orientación magariana, se predijo que:

47. Los esquizofrénicos tipo paranoides que recibieran el tratamiento de orientación magariano manifestarían un promedio de sintomatología paranoide significativamente menor que los esquizofrénicos paranoides que recibieron el tratamiento no magariano.

Para examinar el dilema contemporáneo de si los esquizofrénicos tipo paranoides son una clase nosológica aparte de la esquizofrenia y, por tanto, recipientes de tratamientos distintos, se formaron dos grupos independientes para recibir el mismo tratamiento confeccionado para los esquizofrénicos tipo paranoides. Efectuado lo anterior, se vaticinaron las siguientes hipótesis.

48. Los esquizofrénicos tipo paranoides mostrarán un promedio de síntomas paranoides significativamente menor que los esquizofrénicos no paranoides.

49. Se espera una interacción entre el tratamiento magariano y el diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide.

Finalmente, se exploró la confrontación entre el modelo magariano con el modelo de Zigler y Glick (1984) respecto al efecto de eliminar la sintomatología paranoide y su relación con el afloramiento de síntomas depresivos en los esquizofrénicos tipo paranoides. Magaro (1981) no vaticinó ningún recrudecimiento de síntomas depresivos ni de la necesidad de tratar la depresión para eliminar el comportamiento paranoide ya que a juicio suyo, el tratamiento paranoide será uno que intentará restablecer la comunicación entre los procesos perceptuales y conceptuales mediante la corrección del consabido déficit perceptual y la flexibilización del esquema conceptual.

Por su parte, Meissner (1981) y Zigler y Glick (1984) sostendrán que si se eliminan la sintomatología paranoide sin tomar en consideración a la autestima baja y los sentimientos depresivos de los esquizofrénicos paranoides, aflorarán esos sentimientos.

En esta disertación se tomó en consideración esta polémica y se decidió explorarla toda vez que el tratamiento magariano resultara efectivo.

CAPITULO SEPTIMO : METODOLOGIA

7.1 Selección de la población y de los participantes.

De los distintos Centros de Salud Mental del área metropolitana, se escogió aleatoriamente al pueblo de Caguas. En este Centro de Salud Mental de la isla de Puerto Rico, el investigador llevó a cabo una búsqueda en los archivos de los registros de los 2,558 pacientes activos; el objetivo orientador de esta búsqueda fue seleccionar 20 participantes diagnosticados como esquizofrénicos activos - agudos - tipo paranoides, y 20 esquizofrénicos no paranoides.

El total de casos encontrados, incluido, hombres y mujeres esquizofrénicas paranoides y no paranoides, consistió de un gran total de 385, trescientos ochenta y cinco casos. De ese gran total, 241 eran esquizofrénicos no paranoides, el resto, 141, eran esquizofrénicos tipo paranoides.

De esas poblaciones de esquizofrénicos tipo paranoides y no paranoides, se descartaron todos aquellos casos con dos ó más años de hospitalización, menores de 18 años y mayores de 60 años de edad, con lesión orgánica cerebral, retardación mental, menoscabo visuales y auditivos, táctil u olfativo. Estas distinciones se efectuaron conforme al expediente y/o al profesional asignado y/o juicio del

investigador. En los casos de dudas, se descartaron como participantes del estudio.

Como resultado de esas restricciones, las poblaciones de esquizofrénicos agudos tipo paranoides, se redujo a 58 en total, de los cuales, 53 eran hombres y 5 mujeres. En la población de los esquizofrénicos agudos no paranoides, se redujo a 175 casos, de los cuales, 103 eran hombres y 72, mujeres.

7.1.1. Administración d la escala Maine.

A las pablaciones de participantes anteriormente mencionadas se le administró " The Maine Scale of Paranoid and Nonparanoid Schizoprenia" desarrollada por (Vojtisek, 1976) y fiabilidad y convalidada por (Magaro, Ambrams y Cantrell, 1981), a 58 pacientes esquizofrénicos tipo paranoides - 53 hombres y 5 mujeres; y a 175 no paranoides -103 hombres y 72 mujeres. Con esta evaluación se intentó compensar la baja fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico a la vez que se precisaba el separar a los participantes en los grupos: paranoides y no paranoides.

Como resultado de esa evaluación, las poblaciones se redujeron a 45 esquizofrénicos paranoides - 42 hombres, y 3 mujeres -, y 143 esquizofrénicos no paranoides - 87 hombres y 56 mujeres.

De las poblaciones antes mencionadas, se seleccionaron con arreglo a la puntuación obtenida en la Escala Maine, dos

muestras de 20 esquizofrénicos agudos tipo paranoides y 20 esquizofrénicos agudos no paranoides.

A los participantes esquizofrénicos tipo paranoides se les administró el Inventario de la Depresión de Beck antes y después de los tratamientos magariano y no magariano a fin de investigar de si se registró un cambio en el nivel de la depresión inicial como resultado de los tratamientos.

7.1.2 Procedimiento.

Después se procedió asignar al azar a los pacientes a una de dos condiciones: tratamiento magariano versus tratamiento no magariano, y que por diagnóstico formáronse, en total, cuatro grupos, de 10 sujetos por grupo. En definitiva, los cuatro grupos se dividieron de la siguiente manera: para tratamiento experimental, 10 paranoides y 10 no paranoides; para tratamiento no magariano (farmacoterapia y la intervención de sostén): 10 paranoides y 10 no paranoides.

Luego de recibir los tratamientos correspondientes, a los participantes se les evaluó con la Escala Maine, para determinar si hubo o no cambio de la variable dependiente - la dimensión patológica: esquizofrenia paranoide y no paranoide. Por otro lado, a los esquizofrénicos tipo paranoides se les evaluó con el Inventario de Depresión de Beck para determinar si hubo o no un cambio en el nivel de la depresión como resultado de los tratamientos.

7.1.3 Descripción de las muestras de los participantes.

A continuación una descripción de las muestras finales de los grupos esquizofrénicos tipo paranoides y no paranoides en términos de la edad, educación, sexo, estatus marital y tratamiento farmacológico.

Tabla 7.1

CARACTERISTICAS DE LOS GRUPOS
ESQUIZOFRENICOS TIPO PARANOIDES Y
LOS ESQUIZOFRENICOS NO PARANOIDES

Variables	Esquizofrénicos	
	Tipo Paranoides (N = 20)	No Paranoides (N = 20)
Edad	M.= 31.15 DE= 3.84 EE= 8 6 Var.= 14.76	M.= 25.55 DE= 3.09 EE= 6 9 Var. = 9.52
Educación	M= 14.55 DE= 1.57 EE= 3 5 Var.= 2.47	M= 12.55 DE= 1.02 EE= 23 Var.= 1.04
Sexo		
Hombres	1 8	1 2
Mujeres	2	8
Estatus Marital		
Casados (as)	1 3	6
Solteros (as)	7	1 2
Divorciados (as)	0	2
Tratamiento		
Farmacológico	2 0	2 0
Thorazine 200 mgs. Iny	20	2 0
Escalith	8	7
Pomelor 75 mgs. Tid	12	1 3

7.2 Materiales

7.2.1 La Escala Maine de la Esquizofrenia paranoide y no paranoide.

Esta escala está compuesta de 10 ítems, cinco corresponden a la subescala paranoide (1, 3, 5, 7, y 9) y los cinco restantes, a la subescala no paranoide. De la primera subescala, los ítems 3, 7 y 9, los adoptaron de la "Short Scale for Rating Paranoid Schizophrenia", de Venables y O'Connor (1959); y los dos ítems restantes (1 y 5), basados en síntomas que aparecen en la "Brief Psychiatric Rating Scale" de Overall y Gorham's (1962). Los ítems de la subescala paranoide aluden a los delirios de control, referencia, persecutorios y de grandeza, así como a las expresiones de hostilidad manifiesta. En la subescala no paranoide, los primeros ítems - 6, 8 y 10 -, apuntan hacia las respuestas de incongruencia emotiva, la desorientación temporal y a las posturas raras. Los otros ítems - 2 y 4 -, se refieren, pues, a las alucinaciones y a la desorganización cognoscitiva. La evaluaciones de cada ítem, tanto para la subescala paranoide como para la subescala de la esquizofrenia no paranoide, se efectuaron con arreglo a una puntuación progresivamente escalada del 1 al 5; las puntuaciones correspondientes a cada subescala se sumaron. La puntuación mínima para que un paciente

fuera diagnosticado como paranoide fue de 12 puntos; y de 10 para el no paranoide; sin embargo, tuvo que existir una diferencia, por lo menos, de tres puntos entre ambas subescalas para que un participante fuera clasificados ya bien como paranoide o bien como no paranoide.

El investigador y/o los terapeutas evaluaron la conducta de los pacientes con la Escala Maine en inglés. Por esta razón los evaluadores tenían que saber leer en inglés.

7.2.2 Textures. Fingertip Training, Touch and Tell. Early Learning, Lauri, Inc. Phillips- Avon, Maine 04966.

7.2.3 Dos cronómetros

7.2.4. Una caja de cartón, con exteriores forrados en papel verde e interiores empapelados con papel color verde claro. La caja midió 23 pulgadas de largo por 12 y 1/2 pulgadas de ancho con 11 y 1/4 pulgadas de profundidad. En el lateral frontal, en dirección a los participantes tuvo una apertura en forma circular con un diámetro de cinco pulgadas; por esa apertura los sujetos tuvieron que introducir una de sus manos, según lo requirió el ejercicio. La caja estuvo colocada encima de una mesa. El sujeto y el investigador se sentaron frente a frente, separados por la caja. La parte trasera de la caja tenía una apertura de 18 pulgadas de largo por 10 pulgadas de ancho. Esa apertura

fue lo suficientemente grande, como para permitirle al investigador introducir y manejar los distintos materiales usados durante la tarea que requirió el uso de la caja. La apertura fue lo suficientemente pequeña como para impedirles a los pacientes observar dentro de la caja los materiales usados durante la tarea.

7.2.5 Diez bloques de distintas figuras geométricas.

7.2.6 Un xilófono pequeño.

7.2.7. Un taquitoscopio electrónico (Electronic Tachistoscopic Shutter with Timer, consists of: 1 Electronic Tachistoscopic Shutter, with synchronous contacts. 1 Digital Milisecond Timer/ Driver, 1 Channel, Model 300c-1S. 1 Shutter Stand.)

7.2.8 Un " Music Challenger IV ", máquina de juego electrónico.

7.2.9 Grabadora - modelo no. 799216767000

7.2.10 Diez y nueve tarjetas y 10 sonidos del equipo: Auditory Training Familiar Sounds; no. T 139; Developmental Learning Material.

7.2.11 Ocho ejercicios - IV a y IV b, respectivamente, tomados del Método de Evaluación de la

Percepción Visual, de Marianne Frostig (1980). Editorial El Manual Moderno, S.A., México.

7.2.12 Feldman, J. (1981). Veinte ejercicios del Manual Busquemos El Dibujo Igual. Publicaciones Médicas Argentinas.

7.2.13 Feldman, J. (1981). Semejanzas y Diferencias. Ejercicios para el Análisis - Síntesis Visual. Publicaciones Médicas Argentinas.

7.2.13.1 Quince ejercicios para encontrar un objeto igual al modelo - los primeros quince ejercicios.

7.2.13.2 Diez ejercicios: Encontrar el dibujo abstracto igual al modelo, páginas 27- 30.

7.2.13.3 Diez ejercicios: Encontrar cinco detalles diferentes páginas 41 - 50.

7.2.14. .Diez y nueve diapositivas de láminas recortadas de revistas.

7.2.15. Diapositivas de las láminas para generar hipótesis.

7.2.16. Frascos con distintos materiales olorosos

7.2.17. Inventario de Depresión de Beck. (1976) Este inventario consta 21 reactivos escalados progresivamente de cero a 3; dónde una puntuación entre

cero a 7, significa normal; una de más de 7 hasta 23, suave, y de más de 23 puntos, de moderado a severo.

7.3 Instrucciones ofrecidas a los participantes antes de comenzar el entrenamiento en las tareas - Tratamiento de orientación magariana.

"Fulano o fulana de tal, tu has sido escogido o escogida para participar en un proyecto sobre el aprendizaje. Por esa razón se te invita a participar en este proyecto". "¿Quieres participar?" Si el participante aceptaba participar en el proyecto, se le daban las gracias; estas gracias se le dieron de igual manera, a todo participante, independientemente de la contestación, ya fuera positiva o negativa. De inmediato se procedió de la manera siguiente:

"A continuación se te presentaran tres tareas en total. Cada tarea, se dividirá, a su vez, en una serie de ejercicios. Así la primera tarea consistirá de 7 ejercicios; la segunda tarea, de seis, y la última tarea, de un sólo ejercicio. Para resolver estos ejercicios, en ocasiones, se requerirá de tí que uses tus ojos, oídos, nariz, lengua y los

dedos de tus manos. Cada uno de estos ejercicios habrás de resolverlos en un tiempo requerido - yo te lo indicaré. Todo ejercicio que no lo resuelvas correctamente, ya sea por que se te pase el tiempo requerido, o por qué no acertes la contestación, tendrás que practicarlo nuevamente, hasta dominarlo o resolverlo correctamente. Si en algún momento, te sientes cansado, indícamelo o si por el contrario, deseas dar por terminada tu participación en el proyecto, también indícamelo."

A continuación el orden de las modalidades sensorias, presentación de los estímulos y las instrucciones.

7.3.1. Primera tarea: Atender diversas señales

Objetivo: Incrementar la concienciación por distintas vías sensoriales, al tiempo que se controla el influjo de la predisposición conceptual.

7.3.1.1 Modalidad:Proprioceptiva.

Instrucciones:

"En este ejercicio se requerirá de ti que hagas los ejercicios que te voy a demostrar.

Primero, voy a subir el brazo derecho a la

altura del hombro, y lo voy a dejar así, horizontalmente, por 5 segundos; ahora voy a bajarlo. Descansaré durante 5 segundos. Luego subiré el brazo derecho a la altura del hombro, doblaré el antebrazo hacia arriba. Lo bajaré a los cinco segundos. Pero antes, fíjate como lo dejo así derecho. Ahora lo voy a bajar y descansaré por 5 segundos. Ahora levantaré el brazo desde el área del bolsillo hasta la cabeza. Aquí lo mantendré por 5 segundos. Luego lo voy a bajar hasta el área del bolsillo del pantalón. Este mismo ejercicio lo harás con el brazo izquierdo, favor de esperar que te lo indique".

"Ahora tú con los ojos cerrados vas hacer lo mismo que yo hice. Comenzarás con el brazo derecho, luego harás lo mismo con el brazo izquierdo, cuando te lo indique. Recuerda, tendrás hasta un máximo de 30 segundos para hacer el ejercicio. Comienza"

En resumen, al paciente se pidió que imitará la conducta del investigador, tanto con el brazo derecho como el izquierdo, en los siguientes ejercicios: 1) con los brazos reposando cerca del área de la cadera y de los bolsillos del pantalón, el paciente subió el brazo derecho hasta la altura

del hombro, donde lo dejó ahí, horizontalmente, por espacio de cinco segundos; luego el paciente bajó y descansó el brazo otros cinco segundos. 2) El paciente subió el brazo derecho a la altura de hombro y dobló el antebrazo hacia arriba, formando una línea perpendicular en referencia al codo y lo mantuvo así por espacio de 5 segundos; luego lo pudo bajar y descansó otros 5 segundos. 3) El paciente levantó el brazo desde el área del bolsillo del pantalón hasta el lateral derecho de su cabeza, lo mantuvo ahí por espacio de 5 segundos y finalmente, lo bajó y descansó otros segundos. Después se le dió al paciente la señal para comenzar con el brazo izquierdo.

7.3.1.2 Modalidad: Tactil-forma

Instrucciones:

Al participante se le presentó una tarjeta modelo con con 10 diferentes figuras geométricas. Se le dió las siguientes instrucciones:

"Por favor, quiero que me escuches lo que te voy a decir. Dentro de esta caja hay 10 figuras geométricas de idéntica forma a las que aparecen en esa lámina - se le señaló -. Esta actividad consiste en meter una de tus manos dentro de la caja, justamente por ese agujero, con el fin de que las toques y escojas

cuál de ellas es igual en forma a la que aparece en esa lámina o tarjeta. Ahora vamos a practicar; por favor de meter una de tus manos, la que prefieras, por ese agujero - se le señaló la figura del círculo - la primera figura geométrica de la tarjeta- cuando la encuentres, levántala que yo la cojeré desde la parte trasera de la caja - es el lugar donde estuvo localizado el investigador".

Si el paciente resolvía el ejercicio correctamente, entonces se le dispensaba el reforzamiento verbal de ¡ Muy bien !; ¡ Fantástico !; ¡ Así es que se hace ! En el caso contrario, el paciente tuvo que practicarlo nuevamente, hasta resolverlo. Es bueno recordar, que el paciente tuvo la libertad de retirarse del ejercicio, cuando lo estimó necesario. "¿Alguna duda sobre cómo es el ejercicio ?

"Mira haber si lo puedes teminar en un minuto y medio. " "Comienza".

A continuación el orden de presentación de las figuras geométricas.

Tipo de figura

I.

- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

7.3.1.3. Modalidad: Táctil (textura)

Instrucciones:

Se le entregó al paciente una figura plana y circuloide para que buscará táctilmente la pareja correspondiente, entre 7, de igual forma pero de diferente textura que yacía en el interior de una caja - la misma usada en el ejercicio anterior. Este ejercicio cesó cuando el sujeto logró identificarlas correctamente en un tiempo de 90 segundos. Se le dió al paciente la siguiente instrucción:

"Por favor, quiero que escuches lo
que te voy a decir, coge este material con
una de tus manos, cualquiera de las dos, la

que más te guste, y por esa apertura de la caja - se le señaló - busca mediante el roce de tus dedos ¿Cuál es igual a la que tienes en tu otra mano. ¡ Búscala !

Una vez identificada correctamente, se le dispensó el reforzamiento verbal. Luego se procedió a entregarle el resto de las figuras, una a una, al tiempo que se le distribuyeron al azar las que estaban dentro de la caja. El orden de presentación fue de la siguiente manera:

Tipo de material

1. Plástico liso (Práctica)
2. Goma rugosa
3. Lana
4. Caucho esponjoso
5. Tela gruesa y rugosa
6. Tela afelpada
7. Algodón
8. Tela fina y lijosa.

El paciente practicó el ejercicio cuantas veces fue necesario hasta que satisfizo el criterio mínimo de 80 segundos.

7.3.1.4. Modalidad visual.

A cada sujeto se le presentaron en total de 12 láminas o diapositivas con el fin de que describieran brevemente un número de detalles pequeños y pocos comunes. La cantidad total de ese tipo de detalles fue de 88- conforme a la estrategia utilizada por (Solomon y Suppes, 1972) en un entrenamiento con sujetos normales. Los detalles obvios, inferencias o evaluaciones no recibieron puntuación alguna, así como tampoco un detalle informado previamente; en cambio, la descripción del detalle pequeño y poco común, recibió una puntuación de un punto. Las láminas se presentaron a los sujetos por .250 milisegundos y se le requirió que ofrecieran un número determinado de detalles. En estas, presentaciones taquitoscópicas, los sujetos tuvieron un tiempo variado de segundos que le era informado previo a la presentación de las diapositivas.

El número de detalles requerido fue progresivamente aumentando, hasta llegar hasta 12 detalles por lámina y fue progresivamente reducido a 8 segundos para hacer la tarea más compleja.

Instrucciones:

'En este ejercicio vas a observar tantos detalles sutiles, pequeños o poco comunes como te sea posible. Evidentemente, tú ves y

recuerdas los detalles sobresalientes o más grandes, pero aquí en esta tarea vas atender los detalles pequeños que un principio no se ven, ya que están un tanto ocultos o escondidos, sin embargo, están ahí, es cuestión de fijarse y dar con ellos.

Próximamente, te voy a enseñar una serie de láminas, tendrás cinco segundos inicialmente, pero después irán progresivamente aumentando y luego bajaran; recuerda yo te indicaré el tiempo requerido para el ejercicio. Ahora en un tiempo de cinco segundos escribiras cada pequeño detalle que observes. Si no entendistes o no te acuerdas, recuerdas que puedes volver a mirar la proyección por cinco segundos más, que yo te lo presentaré cuántas veces sea necesario. Es importante, además, que no digas de que se trata la proyección ni de si éstos son lindos o feos, buenos o malos, sino tan sólo se te pide que describas los detalles pequeños, es decir, que digas cómo son.

"¿Está claro lo que vas hacer? Pues, ahora en esta lámina o diapositiva proyectada, busca los dos detalles pequeños, poco

comunes y descríbelos". El sujeto recibió reforzamiento verbal por todo detalle descrito correctamente.

"Ahora vas a ver esta lámina proyectada por una fracción de tiempo cortísimo y buscarás cuatro detalles".

Esta mismísima estructura sintáctica se mantuvo a lo largo del ejercicio, excepto el número de detalles requeridos, añadidos en forma progresiva.

El número de detalles solicitados a los participantes por láminas fue el siguiente:

Número de la lámina Número de detalles

1	2
2	4
3	5
4	7
5	10
6	12
7	12
8	12
9	12
10	12

10 láminas

88 detalles

7.3.1.5. Modalidad : Auditiva

Instrucciones.

"Ahora vas a identificar el sonido que corresponda a una de estas dos tarjetas" - ejercicio de práctica -; el sonido correspondió al de un timbre de teléfono y las tarjetas presentadas: la de un teléfono y la de un pito. Toda identificación correctamente efectuada entre el sonido y la tarjeta mostrada fue reforzada; en el caso contrario, el participante volvía a practicarlo, hasta acertarlo, en tiempo límite de 8 segundos por apareamiento.

Este ejercicio consistió de 19 sonidos distintos, grabados y presentados a cada participante individualmente. El participante tuvo que parear el sonido oído con una entre las distintas tarjetas presentadas. Estos arreglos fueron progresivamente aumentando el número de tarjetas hasta un máximo de cuatro tarjetas .

'Vamos a comenzar. ¿Listo?. Oye el siguiente sonido, con cuál de estas tarjetas pareo"

A continuación una descripción de los sonidos, número de tarjetas; descripción de cada tarjeta y el número de serie.

Sonido	No. de tarjetas	Tarjeta y no.de serie
1. Timbre telefónico	2	Teléfono (1) Pito (43)
2. Automóvil en marcha	2	Inodoro (17), Automóvil
3. Motor de avión	2	Motocicleta (32), Avión(3)
4. Policía pitando	2	Coro de niños (33), Policía con pito en la boca (4)
5. Teclando una maquinilla	3	Tambor (22), Maquinilla (5), Afeitadora (24)
6. Sonido aspiradora	3	Aspiradora (6), Pluma de agua (23), Niño tomando agua con solveto (26)
7. Timbre de puerta sonando	3	Menudo de caja registradora (31), Dedo presionando timbre(7), Camión de bomberos (39),
8. Alarma de reloj	4	Reloj (8), Acelerando motor de auto (21), Hombre riéndose (30), Taladro (37)

- | | | |
|-------------------------|---|--|
| 9. Sonido de campanitas | 4 | Piano (12), Campana de iglesia(40), Corneta (46), Campanitas.(6) |
| 10. Llanto de bebé | 4 | Cabra (35), Niño (10), Vaca(5),Canarios (38) |

7.3.1.6. Modalidad: Olfativa

Instrucciones.

Al participante se le mostró dos frasquitos con dos olores distintos. Entonces, se le pidió lo siguiente:

"De esos dos frasquitos, huélelos para que me digas cuál de los dos tiene olor a menta.

Tendrás 10 segundos para contestar"

Se siguió con el mismo formato de los reforzamientos verbales anteriores.. Después se mostraron al participante 7 frasquitos con distintos olores. Se le preguntó lo siguiente:

"Cuál de ellos huele aAgua de Colonia. !

Huélelos !"

Se siguió con el mismo formato de reforzamiento verbal. Después se le preguntó por otro frasquito, y así sucesivamente, hasta llegar al séptimo y último frasquito, y dar por terminado con el ejercicio. El orden de la

presentación de los colores a identificar por los sujetos fue el siguiente:

Olores

1. Menta (Práctica)
2. Agua de colonia
3. Café
4. Jazmín
5. Guineo
6. Laurel
7. Vinagre

7.3.1.7 Modalidad : Gustativa.

El sujeto introdujo uno de sus dedos dentro de uno de cuatro envases de forma cilíndrica, luego llevábase a su boca el dedo para así identificar el sabor de la substancia.

¿Era dulce, amargo, agrio o salado?

El participante tuvo hasta 5 segundos para identificar correctamente el sabor requerido.

Se le presentó a cada participante los cuatro envases y se le preguntó lo siguiente:

"¿Cuál de esos es salado? Mira si en 5 segundos lo puedes averiguar".

A continuación el orden de presentación de los estímulos gustativos.

Estímulos

1. Salado (Práctica) (Sal) 3..Amargo (Toronja)

2. Dulce (Azúcar) 4. Agrio (Limón)

7.3.2 Tarea II

7.3.2.1. Modalidad: Proprioceptiva.

Previamente marcadas las distintas distancias en el piso y distribuídas a lo largo del salón, el sujeto con los ojos cerrados y llevado de la mano por el investigador, tuvo que identificar, primero, de tres distancias recorridas, cuál no era igual; y después, en segundo lugar, en ejercicio a parte, identificar entre tres distancias recorridas, cuáles eran iguales.

7.3.2.1.1. ¿Cuál no es igual?

Instrucciones.

" En el ejercicio de ahora vas a caminar con los ojos cerrados y cogido de mi mano tres distancias para que me

digas en cinco segundos, cuál de ellas no es igual a las otras dos. Empecemos".

Orden de presentación de las distancias.

1. Cuatro pies	Siete pies	Cuatro pies
2. Ocho pies	Seis pies	Seis pies
3. Ocho pies	Ocho pies	Diez pies
4. Doce pies	Diez pies	Diez pies
5. Quince pies	Quince pies	Trece pies

7.3.2.1.2. ¿Cuáles son iguales?

Instrucciones.

"Bien, has terminado el ejercicio.

Descansamos dos minutos - período de descanso . Ahora vamos a hacer lo mismo que lo anterior, pero en vez de decirme cuál no es igual, me dirás cuáles son iguales, es decir, de las tres distancias caminadas, me dirás, en cinco segundos, cuáles dos son iguales. Cierra los ojos, cógeme de la mano, camina... así.."

Orden de presentación de las distancias.

- | | | |
|---------------|------------|------------|
| 1. Cinco pies | Ocho pies | Cinco pies |
| 2. Ocho pies | Ocho pies | Cinco pies |
| 3. Nueve pies | Seis pies | Nueve pies |
| 4. Nueve pies | Siete pies | Nueve pies |
| 5. Diez pies | Nueve pies | Diez pies |

7.3.2.2. Modalidad: Táctil - Textura

Se le pidió al sujeto que introducirá una de sus manos por la apertura de la caja, con el fin de identificar táctilmente entre tres texturas, cuál no era igual ; cuál era igual.

7.3.2.2.1 ¿Cuál no es igual?

Instrucciones:

"Favor de meter una de tus manos, la que tú prefieras, por la apertura del frente de la caja. Buscarás con tus dedos los tres objetos planos que se encuentran en el interior de la caja. Tócalos con tus dedos, dime cuál no es igual a los otros dos, tienes cinco segundos para identificarlos correctamente".

En caso que el sujeto lo identificara correctamente, se le reforzaba verbalmente, siguiendo el formato previamente usado. "Empieza".

A continuación de los materiales. Aquí fueron identificados por el color, pero el sujeto los tuvo que identificar por la textura. En caso de dudas, véase el anexo.

Materiales

1. Azul	Azul	Transparente
2. Marón	Marón	Blanco
3. Amarillo	Blanco	Blanco
4. Verde	Dorado	Dorado
5. Amarillo	Verde	Amarillo
6. Transparente	Transparente	Amarillo brillante
7. Blanco	Azul	Azul
8. Amarillo	Amarillo brillante	Amarillo
9. Amarillo	Marón	Amarillo
10. Amarillo brillante(trasera)	Azul	Azul

7.3.2.2.2. ¿Cuáles son iguales?

Instrucciones.

Una vez terminado el ejercicio, se le dijo al participante:

" Muy bien, vamos a descansar por dos minutos - pasado el período de descanso.

"Vamos ahora a pasar al ejercicio siguiente: vas hacer lo mismo de la vez anterior, con la única diferencia de que en vez de buscar en cinco segundo entre lo tres tipos de texturas, cuál no es igual, en cambio, ahora, buscarás cuáles dos, entre los tres, son iguales en textura. Favor de decirme cuáles dos son iguales. Empieza".

A continuación el orden de la presentación de los grupos de textura.

Texturas

1. Azul	Transparente	Azul
2. Blanco	Marón	Marón
3. Amarillo	Amarillo	Blanco
4. Dorado	Verde	Dorado
5. Verde	Amarillo	Amarillo
6. Amarillo brillante	Transparente	Transparente
7. Azul	Blanco	Azul
8. Amarillo	Amarillo	Amarillo brillante
9. Amarillo	Marón	Amarillo

10. Amarillo brillante (trasera) Azul Azul

7.3.2.3. Modalidad : Visual

En este ejercicio se le presentó al paciente una serie de actividades que recorrieron desde la forma - diseñados por el investigador, en específico, el 10 y el 8 tomados de la prueba de Marianne Frostig (1980). pasando por la identificación de figuras iguales entre otras de distintas formas - pertenecientes al manual de Feldman, J. (1981), Búsquemos el Dibujo Igual; hasta los ejercicios de creciente complejidad: de Feldman, J. (1981): Semejanzas y Diferencias.

7.3.2.3.1 ¿Cuál no es igual? Diez ejercicios con tres figuras geométricas.

Instrucciones

Mostrando tres figuras geométricas: dos círculos y un óvalo, se le dijo al participante:

" Mira atentamente estas figuras geométricas - cuál no es igual. Tienes 5 segundos para contestar el primer ejercicio.

Se continuó con el mismo procedimiento de reforzar las respuestas de conducta correctas. Este procedimiento fue constante a lo largo del ejercicio.

" Comienza ".

Orden de presentación - constancia de la forma

1. Diez ejercicios con tres figuras. Véase la hoja de registro, página 12 en el Apéndice.

7.3.2 3.2 ¿Cuál no es igual? Constancia de la forma.

Instrucciones.

" Vas a mirar las diapositivas que voy a proyectar sobre la pantalla para que me digas en 5 segundos cuál entre esas 5 figuras no es igual."

2. Cuatro ejercicios con cinco figuras. Tomados del Método de la Evaluación de la Percepción Visual Marianne Frostig, (1980). Vea en el Apéndice o el Protocolo la parte sobre las diapositivas.

7.3.2.3.3 ¿Cuál es igual al modelo.
Constancia de la forma

Instrucciones.

"Ahora vas a mirar las siguientes proyecciones para decirme cuál entre las cuatro es igual al modelo. Recuerda que tendrás hasta cinco segundos para encontrarlo". ¡Comienza!

3. Los cuatro ejercicios con cuatro figuras para buscar cuál es igual al modelo se tomaron del Método de Evaluación Visual de Marianne Frostig, (1980).

7.3.2.3. 4 .¿Cuál es igual? No hay constancia de la forma.

Instrucciones.

Tan pronto el participante terminó el ejercicio, el paciente descansó un minuto, y se prosiguió con la siguiente actividad: buscar el igual entre cuatro alternativas dónde no hay constancia de la forma.

Las diapositivas de dibujos fueron presentados, como las anteriores, taquitoscópicamente."

A los participantes se les preguntó:

¿Ves esta chaqueta?" Busca una que es igual entre las cuatro restantes.

Recuerda que tienes 5 segundos para terminar cada ejercicio. Se le reforzaba al paciente, si terminaba. " Muy bien, sigue con el otro ejercicio" - se le presentaba taquitoscópicamente.

El orden de presentación de las diapositivas fue el siguiente:

1. Diez ejercicios: Buscar uno que es igual al modelo entre cuatro alternativas. Los primeros diez ejercicios; Busquemos el dibujo igual de J. Feldman, (1981).

2. Diez ejercicios: ibidem., de la página 21 a la 31. Buscar uno que es igual al modelo entre cinco alternativas

En el ejercicio anterior, las alternativas soluccionarias presentaron un detalle distinto al modelo. La consigna consistió encontrar uno igual al modelo. En la actividad que le antecedió al último ejercicio, ésta se basó sobre las semejanzas y diferencias de dibujos abstractos. Aquí fueron aplicados los mismos comentarios referidos al ejercicio anterior.

7.3.2.3.5. Modalidad visual. No hay constancia de la forma. ¿Cuál es igual al modelo?

Por último, se presentaron 10 ejercicios dónde en cada uno se mostraron al participante dos dibujos idénticos, pero con cinco detalles diferentes

Orden de la presentación de los materiales.

1. Quince ejercicios para encontrar un objeto igual al Modelo- Manual de Semejanzas y Diferencias J. Feldman, (1981). Primeros 15 ejercicios.

2. Diez ejercicios: Encontrar el Dibujo Abstracto igual al modelo - idem, páginas 27 - 30.

3. Diez ejercicios: Encontrar cinco detalles diferentes. Idem. página 41 - 50.

7.3.2.4 Modalidad: Auditiva.

Este ejercicio consistió en presentar auditivamente distintos arreglos de notas musicales con el fin de que el sujeto identificará, primero, el que no se oye igual; y en segundo lugar, el que se oye igual. El tiempo para identificar las notas musicales fue de cinco segundos.

7.3.2.4.1 ¿Cuál de éstas tres no se oye igual?

Instrucciones.

"Voy a dar sobre estas teclas con el fin de producir los siguientes sonidos musicales. Escucha bien - oirás las siguientes notas musicales: Do, Re, Mi, Fa, Sol, La, y Sí. Ahora sin mirar al xilófono - la caja de cartón le impidió verlo. ¿Cuál de estas tres notas musicales no es igual: Do, Do, La. Todo participante que acertó se le reforzó verbalmente. Por el contrario, si el participante no acertó en identificar correctamente la nota musical, se le instó a que lo volviera a practicarla, hasta que notará la diferencia entre las notas musicales." Comienza."

El orden de la presentación de las notas musicales fue el siguiente:

**Orden de presentación
Combinación de las notas musicales**

- | | | | |
|----|-----|-----|----|
| 1. | Do | Do | La |
| 2. | Re | Mi | Re |
| 3. | Mi | Mi | Do |
| 4. | Fa | Fa | Do |
| 5. | Sol | Sol | Re |

- | | | | |
|----|----|----|----|
| 6. | Fa | Sí | Sí |
| 7. | Do | La | La |

7.3.2.4.2 ¿Cuáles se oyen iguales?

Instrucciones

"Ahora, identificarás cuáles son iguales. Por ejemplo, oid el modelo Do, ahora voy a presentar. Recuerda que tendrás cinco segundos para cada ejercicio.

Orden de presentación de las notas musicales.

Modelo Combinaciones

- | | | | | |
|----|-----|-----|-----|----|
| 1. | Do | Re | Mi | Do |
| 2. | Sol | La | Sol | Fa |
| 3. | Re | Sol | Mi | Re |
| 4. | Mi | Mi | La | Fa |
| 5. | Fa | La | Fa | Do |
| 6. | Sí | Mi | Sol | Sí |
| 7. | La | Fa | Re | La |

7.3.2.5. Modalidad : Olfativa

Inicialmente, se le le presentó al participante una serie de olores, en combinaciones u arreglos de tres, para que determinará cuál no era igual; posteriormente, se le dió a oler un olor modelo a fin de que indentificará entre los tres olores. El tiempo requerido fue de cinco segundos para cada ejercicio.

7.3.2.5.1. ¿Cuál no huele igual?

Instrucciones.

"Te voy a dar oler estos tres frasquitos para que me digas cuál no huele igual. Recuerda que tendrás para resolverlo hasta cinco segundos. Aquí hay un cronómetro marcando el tiempo, el cuál pudes ver. Ahora te los voy a demostrar. ¿Cuál no es igual?" Se continuó con el mismo plan de reforzamiento.

El orden de presentación de las combinaciones de estímulos olfativos fue el siguiente:

Combinaciones de los estímulos olfativos.

- | | | | |
|----|-------|---------|-------|
| 1. | Limón | Ron | Limón |
| 2. | Jabón | Oregano | Jabón |

3.	Piña	Piña	China
4.	Recado	Canela	Recado
5.	Anis	Cloro	Cloro
6.	Agua de Colonia	"Dry Gin"	Agua de Colonia

7.3.2.5.2. ¿Cuál de esos tres huele igual al primero?

Instrucciones

"Ahora identificarás cuál de los tres es igual al que olistes primero".
Por ejemplo, huele éste. ¿Cuál de esos tres huele igual a éste "? -Se mantuvo el mismo plan de reforzamiento.

El orden de la presentación de los estímulos fue el siguiente:

	Modelo	Combinaciones.		
1.	Sábila	Limón	Sáliba	Piña
2,	Jabón fregar	Jabón de lavar	Jabón para bañarse	Jabón de fregar

- | | | | | |
|----|-----------------|--------|-------------------------|--------------------------------|
| 3. | China (Naranja) | Limón | China | China
mandarina |
| 4. | Crema de coco | | Leche evaporada
coco | Crema de
Ponche de
crema |
| 5. | Whisky | Whisky | Ron | Voska |
| 6. | Cebolla | Ajo | Pimiento | Cebolla |

7.3.2.6. Modalidad: Gustativa

Esta actividad se dividió en dos partes, una primera, titulada, cuál no es igual; y una segunda, cuál es igual a la del modelo. Al sujeto introducir uno de sus dedos dentro de los frascos, se le preguntó, dependiendo de la actividad correspondiente, cuál no es igual; cuál es igual. Cada sujeto tuvo hasta un máximo de 5 segundos para contestar.

7.3.2.6.1. ¿Cuál entre ellos no es igual?

Instrucciones

Después de presentarle a cada sujeto tres frascos en una hilera horizontal con un contenido diferente, se le preguntó:

"¿Cuál de esos tres frascos lo que contiene, no es igual?" Recuerda que tendrás hasta 5 segundos para contestar ". Se continuó con el mismo plan de reforzamiento verbal.

Orden de presentación de los estímulos gustativos.

Estímulos gustativos

- | | | | |
|----|---------|---------|---------|
| 1. | Sal | Azúcar | Sal |
| 2. | Limón | Toranja | Limón |
| 3. | Azúcar | Sal | azúcar |
| 4. | Toranja | Limón | Toranja |

Después se le mostró al participante los frascos con distintos contenidos de sabores con el fin de que los pareará.

7.3.2.6.2 ¿Cuáles entre si saben iguales?

Instrucciones

Mostrando 3 frascos formando una hilera vertical, se le preguntó al participante

"Ahora vas a buscar qué sabores de esta hilera corresponden a esta otra - modelo. ; Entendistes !
Dime lo que vas hacer. Si el sujeto

entendió, se le reforzaba verbalmente; de lo contrario se le volvía a repetir la misma instrucción hasta que comprendiera el ejercicio. Favor de comenzar . Tienes 5 segundos para resolver cada ejercicio".

Orden de la presentación de los estímulos gustativos

Estímulos gustativos

- | | |
|------------|------------|
| 1. Azúcar | 1. Sal |
| 2. Sal | 2. Toronja |
| 3. Toronja | 3. Limón |
| 4. Limón | 4. Azúcar |

7.3.3. Tercera Tarea: Generación de conjeturas

7.3. 3. 1. Modalidad : Visual

En este ejercicio se le presentaron taquitoscópica-mente al sujeto 15 láminas de contenido complicado. Se le pidió al participante que produjera distintas alternativas, suposiciones sobre el contenido de cada lámina. Se le requirió al sujeto que fuera progresivamente incrementando el número de alternativas hasta un máximo de 10 por lámina proyectada. Tan pronto el sujeto ofreció 10 hipótesis

en tres láminas consecutivamente, dentro de un intervalo de 10 segundos por hipótesis, se dió por sentado que el sujeto había alcanzado el criterio límite. Por tanto, hubo terminado esta actividad y, por supuesto, con el tratamiento.

Al sujeto se le proyectó individualmente una lámina o diapositiva, y se le informó lo siguiente:

"Observa bien la lámina que te voy a proyectar, tendrás hasta un máximo de 10 segundos para decirme de qué se trata o qué estará pasando en ella. Te iré pidiendo progresivamente más conjeturas por cada lámina que te proyecte a la pantalla y te diré de antemano el número de segundos que tienes para finalizar el ejercicio. Recuerda yo te pediré el número de conjeturas para cada diapositiva y el tiempo que tienes disponible para finalizar el ejercicio. Se le proyectó una lámina, se le informó: "tienes 10 segundos para decirme dos cosas qué estarán ocurriendo o qué podrían ocurrir en esa lámina proyectada. Dime qué habrá ocurrido u ocurrirá en esa lámina proyectada".

Así con arreglo a este procedimiento, se continuó proyectando las láminas hasta alcanzar el límite superior

exigido para dar por concluído esta actividad.(Véase en el Apéndice las páginas 18 y la 19 de la hoja de registro) Se siguió el mismo plan de reforzamiento verbal.

Esquema del orden de presentación de las diapositivas.y el número de conjeturas requeridas. En el Protocolo se encuentran las diapositivas.

Diapositivas Tiempo Número de conjeturas.

1.	10	2
2.	"	3
3.	"	3
4.	"	4
5.	"	4
6.	1 0	5
7.	1 0	6
8.	1 0	7
9.	1 0	8
10.	1 0	8
11.	1 0	1 0
12.	"	1 0
13.	"	1 0
14.	"	1 0
15.	"	1 0

Toda conjetura o adivinanza se le dió un valor de un punto; no se le dió puntuación alguna si fue una repetición o si se le pasó el tiempo de los segundos requeridos para el ejercicio.

Instrucciones.

Previo presentación de la diapositiva a todo sujeto, se le dijo:

"Mira bien esta diapositiva proyectada ya que la observarás sólomente por una fracción de tiempo inferior al segundo, y tendrás que darme un número de suposiciones, conjeturas sobre lo que estará pasando en ahí, yo te informaré sobre el número de suposiciones necesarias para cada lámina. Cada vez que se termine el tiempo, te proyectaré la diapositiva o lámina otra vez; se te proyectará cuantas veces te sea necesario. Si te sintieras cansado o por cualquier otra deseas terminar con el ejercicio, favor de informármelo. El ejercicio terminará cuando me des 10 conjeturas distintas para 3 diapositivas distintas. Recuerda yo te lo indicaré".

"Pues bien, comencemos' ¿ Dime, qué dos cosas, crees tú estarán pasando aquí ? ; Adivina !

Cada proyección fue precedida de esa expresión. excepto el número de adivinanzas o conjeturas requeridas. Toda intento de adivinaza fue verbalmente reforzado.

7.4. Diseño y Estadísticas.

Se usaron 2 grupos independientes de pacientes esquizofrénicos tipos paranoides y esquizofrénicos no paranoides para examinar 46 hipótesis sobre 2 ámbitos de funcionamiento: ensayos y tiempos durante el entrenamiento en las tareas de atención, discriminación y en la generación de conjeturas.

A fin de determinar que no existían de antemano diferencias iniciales entre y dentro de los grupos y de que éstas pudieran confundirse con el efecto del tratamiento, se efectuaron los siguientes análisis estadísticos: análisis de univarianza; prueba de Fisher PLSD; la prueba de F de Scheffer y la prueba de t de Dunnett.

Se calculó la homogeneidad de la varianza entre los grupos con arreglo a la prueba de Hartley.

Se utilizó un análisis de t para dos muestras independientes en el examen de las 46 hipótesis correspondientes a las tres fases o partes del tratamiento para los esquizo-

frénicos tipo paranoides y no paranoides. Puesto que se vaticinaron los resultados de las hipótesis de antemano, se usó una prueba de una cola.

El otro diseño, en específico, para medir la efectividad del tratamiento, fue un 2x2 con un análisis de varianza bifactorial, modelo de efectos fijos. Este análisis estadístico fue efectuado para las hipótesis 47, 48 y cuarenta y nueve.

Para explorar de si el nivel de la depresión inicial de los esquizofrénicos tipo paranoides se alteraba por la eficacia del tratamiento, se utilizaron tres pruebas de *t* para grupos apareados: el grupo de paranoides tratados a la magariana y el grupo de paranoides tratados a la no magariana, cada uno como su propio control y una *t* para el análisis de las puntuaciones del nivel depresivo entre los dos grupos de paranoides tratados diferenciadamente.

Puesto que no se vaticinó de antemano la direccionalidad de los resultados, se usó una prueba de dos colas. También, se empleó la prueba de la homogeneidad de la varianza de Harley para determinar si los grupos de esquizofrénicos tipo paranoides diferían entre si en términos del nivel inicial de la depresión y de esta forma controlar esa variable.

Finalmente, se compararon los resultados de la prueba *t* con los resultados de la prueba con la corrección de continuidad de McNemar para la significación de cambios. Se usó esta prueba no paramétrica ya que se utilizaron dos muestras relacionadas, tipo antes -y después ya que se

consideraron las puntuaciones obtenidas por los paranoides en el Inventario de Beck sobre Depresión en la modalidad nominal o categórica.

Se desarrollaron tablas y figuras para representar los datos para las pruebas estadísticas antes mencionadas.

CAPITULO OCTAVO : RESULTADOS

8.1. Comparación de los resultados por ensayos y el tiempo promedio entre los dos grupos de participantes esquizofrénicos tipo paranoides y esquizofrénicos no paranoides durante el tratamiento en las tres tareas de orientación magariana.

Se buscaron si habían diferencias estadísticamente significativas entre los promedios tanto por ensayos como por el tiempo en la ejecutaria de los grupos bajo estudio en las 7 subtareas de la primera tarea sobre atender señales estimulares así como en las 15 subtareas de la segunda tarea sobre establecer diferencias y semejanzas, y finalmente, se buscaron si existían diferencias estadísticamente significativas entre los promedios del número de ensayos y del tiempo para la tarea final: generación de conjeturas. A tal efecto, se utilizó la prueba de t para muestras pequeñas e independientes. Por considerarse de antemano la dirección de las hipótesis, los resultados estadísticos estuvieron basados en la prueba de significancia de un solo rabo.

Por otro lado, para determinar la efectividad del tratamiento magariano con los dos niveles de esquizofrenia, se compararon los promedios de sintomatología esquizofrenia

no paranoide, recibidora del tratamiento magariano con el promedio de sintomatología esquizofrenia tipo paranoide, recibidora del tratamiento no magariano; también se trató de examinar si el nivel de esquizofrenia influía en la efectividad del tratamiento. Por último, se examinó si el tratamiento magariano y no magariano y los niveles de esquizofrenia interactuaban, es decir, si la efectividad del tratamiento estuvo condicionado al hecho de que los sujetos fueran paranoides o no paranoides. Para efectuar ese análisis se utilizó un análisis de varianza bifactorial para un modelo fijo. Pero antes de efectuar el análisis bifactorial, se efectuaron dos análisis estadísticos: un análisis de varianza unifactorial entre las puntuaciones diagnósticas obtenidas en la Escala Maine por los participantes, a fin de asegurar que no existían diferencias iniciales entre y dentro de los grupos y que pudieran confundirse con el efecto de los tratamientos y otro, con el fin de corroborar y ampliar el primero, la prueba de Hartley para determinar la homogeneidad de varianzas de las muestras.

Se usó la prueba Harley con las puntuaciones obtenidas por los dos grupos de esquizofrénicos tipo paranoides en el Inventario de Beck y de esta forma asegurar que no existían diferencias iniciales en el nivel de la depresión entre estos pacientes. Luego se compararon los promedios de los niveles iniciales de depresión de los grupos esquizofrénicos tipo paranoides antes de recibir los respectivos tratamientos

magariano y no magariano con los promedios de depresión resultante después de estar sometidos a los tratamientos. Para ello se utilizaron dos análisis de *t* para 2 grupos apareados con una prueba de dos rabos.

8.2. Resultados de las pruebas estadísticas iniciales.

A continuación se presentan los hallazgos sobre el análisis de varianza unifactorial efectuado con las puntuaciones del diagnóstico, obtenidas con la Escala Maine para cada cada sujeto participante. La Tabla 8.1 sirve de resumen del análisis de varianza unidireccional; en ella se señala la fuente de variación entre los grupos, con una media cuadrada de 13.225, y la *F* de .901 no resultó significativa; como significativo tampoco resultó la fuente de variación dentro de los grupos iniciales, con una media cuadrada de 14.678

En la Tabla 8.2 se comparan los dos grupos iniciales: paranoides y no paranoides. Se observa en la Tabla 8.2 que por diagnóstico se formaron dos grupos, cada uno con 20 participantes. El grupo paranoide sacó una media de 32.65 de puntuación inicial en la Escala Maine; con una desviación estándar de 3,977 y un error estándar de .889; por su parte, el grupo no paranoide obtuvo una media de 33.8 con una desviación estándar de 3.679 y un error estándar de .823. En la Tabla 8.3 se comparan los dos grupos entre sí con arreglo a su media inicial en sintomatología esquizo-

frénica. Se indica que la diferencia entre las medias iniciales entre los grupos es de 1.15 a favor de los no paranoides. Esta diferencia entre el promedio inicial de los dos grupos no resultó significativa ni en la prueba Fisher PLSD con un 2.453, ni en la prueba F de Scheffer con un .901 ni en la prueba de t de Dunnett con un .949. Por lo encontrado en estos grupos, se puede afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativa entre las puntuaciones referidas al diagnóstico inicial. De modo que una posible fuente inicial de varianza secundaria fue controlada.

8.2.1. Prueba de la homogeneidad de la varianza:

Hartley

Esta prueba de Hartley o F máximo permite evaluar la distribución de muestras de un conjunto de varianzas muestrales, bajo la suposición de que cada una de las varianzas de las muestras del experimento son estimadas independientemente de la varianza de la población. La prueba de Hartley se usa para muestras de igual tamaño (M. Escotet, 1980).

Las etapas para obtener los resultados de la homogeneidad son los siguientes:

Primero: determinar la varianzas de los grupos y seleccionar la varianza mayor y la varianza menor. Véase la tabla 8.4.

Grupos	1	2	3	4
varianzas	4.444	5.211	6.7111	6.933
	Varianza menor		Varianza mayor	

Segundo: obtener la F máxima mediante la proporción

$$F \text{ máx.} = \frac{\text{Varianza mayor}}{\text{Varianza menor}}$$

$$F \text{ máx.} = \frac{16.333}{4.444} = 3.81$$

Tercero: Se establecen los grados de libertad n-1, en este caso, serían 9, el número de varianzas es 4, y obtener los valores críticos de F máxima según la Tabla estadística de los valores críticos de la distribución de ji cuadrada (x cuadrada). En esa tabla se observó que el valor mayor a 4.35 es significativo al nivel .05, pero como el valor de F máximo calculado de 3.81 resultó menor, se concluye que las varianzas son homogéneas. Por tanto, se puede llevar a cabo el ANOVA bifactorial para medir la efectividad del tratamiento experimental.

Tabla 8.1

**Análisis Unifactorial del Nivel de
Esquizofrenia y las Medidas Iniciales de
Síntomas**

Fuente	DF	Suma Cuadrada	Media Cuadrada	F
Intergrupos	1	13.225	13.22	.901
Intragrupos	3 8	557.75	14.478	p = .3485
Total	3 9	570.975		

Tabla 8.2

**Descripción del nivel de
Esquizofrenia y la medida inicial de
Síntomas**

Grupo	Cantidad	Media	Desv. estandar	Error Estandar
Paranoide	20	32.65	3.977	.889
No Paranoide	20	33.8	3.679	.823

TABLA 8.3

**Distintos Resultados de
 Estadígrafos sobre Las Diferencias
 Iniciales de Medias entre Los
 Grupos Paranoides y No
 Paranoides.**

Dif de medias	FisherPLSD	ScheffePrueba F	Dunnett de Med.
-1.15	2.453	.901	949

Tabla 8.4
Descripción de las cuatro muestras de
participantes: dos grupos de esquizofrénicos
tipo paranoides y dos grupos de
esquizofrénicos no paranoides en la
puntuación inicial obtenida en la Escala
Maine

Primer Grupo de Esquizofrénicos tipos paranoides

Media	Desv. Estándar	Error Estándar	<u>Varianza</u>	Coef. de Var	Número
3044	.115	1.301	16.933	13.536	10

Segundo Grupo de Esquizofrénicos tipos paranoides

Media	Desv. Estándar	Error Estándar	<u>Varianza</u>	Coef. de Var.	Número
31	2.108	.667	4.444	6.801	10

Tercer grupo de Esquizofrénicos no paranoides

Media	Desv. Estándar	Error Estándar	<u>Varianza</u>	Coef. de Var.	Número
34.9	2.283	.722	5.211	6.541	10

Cuarto grupo de Esquizofrénicos no paranoides

Media	Desv. Estándar	Error Estándar	<u>Varianza</u>	Coef. de Var.	Número
36.6	2.591	.819	6.711	7.078	10

8.3. Esbozo de los resultados estadísticos para cada una de las primeras 46 hipótesis relativas a las tres fases del tratamiento de orientación magariano.

Ahora se hará un esbozo de los resultados estadísticos obtenidos para cada una de las 46 hipótesis sobre el comportamiento esperado de los sujetos esquizofrénicos tipo paranoides y los esquizofrénicos no paranoides durante su exposición a la técnica de orientación magariana. Estos resultados estadísticos están resumidos en las cinco tablas que aparecen en las páginas. Estas tablas, a su vez, están divididas por tareas, las tres constitutivas del tratamiento magariano.

Los resultados obtenidos para las 14 hipótesis examinadas en la primera tarea del tratamiento de orientación magariana coinciden con su orden de presentación.

8.3.1. Los resultados resumidos en la Tabla 8.5 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides ensayaron un promedio de 14.4 y los esquizofrénicos no paranoides ensayaron un promedio de 11.4 en la subtarea propiaceptiva. La diferencia de los promedios estadísticos de los dos grupos fue significativa más allá del .01.

8.3.2. Los resultados resumidos en la Tabla 8.6 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron un tiempo de 142.1 segundos y los esquizofrénicos no para-

noides 111.5 segundos en la subtarea propioceptiva. La diferencia entre estos dos promedios resultó estadísticamente significativa más allá del .01.

Tabla 8.5

Comparación del Ensayo Promedio y las 7 Subtareas
para los Grupos Esquizofrénicos Tipo Paranoides
y los No Paranoides

Tarea I		Esquizofrénicos			Esquizofrénicos				
Subtareas:	7 modalidades	Tipo	Paranoides		No	Paranoides			
		<i>Ensayos</i>	<i>Desviación</i>	<i>Error</i>	<i>Ensayos</i>	<i>Desviación</i>	<i>Error</i>		
		<i>Promedio</i>	<i>Estándar</i>	<i>Estándar.</i>	<i>Promedio</i>	<i>Estándar</i>	<i>Estándar</i>	<i>Valor t</i>	
								<i>p</i>	
Proprioceptivo	14.4	2.84		.90	11.4	1.51	.48	.96	.004**
Táctil-Forma	4	.67		.21	3.5	.53	.17	.86	.040*
Táctil-Textura	4.2	.42		1.33	3.8	.42	1.33	2.12	.024*
Visual	123.2	22.49		7 11	89.6	12.96	4 10	4.0 9	.0003*
Auditiva	15.3	1.34		.42	13.3	1.95	.62	2.68	.008**
Olfativa	2.5	.53		.17	2.1	.32	.1	2.06	.027*
Gustativa	2.7	.48		.15	2.3	.48	.15	1.85	.040*

* $P < .05$

** $P < .01$

TABLA 8.6

Comparación del Tiempo Promedio y las 7 Subtareas
para los Grupos Esquizofrénicos Tipo Paranoides
y los No Paranoides

Tarea I		Esquizofrénicos			Esquizofrénicos				
Subtareas:	7 modalidades	Tipo	Paranoides	No	Paranoides				
	<i>Tiempo</i>	<i>Desviación</i>	<i>Error</i>	<i>Ensayos</i>	<i>Desviación</i>	<i>Error</i>	<i>Valor t</i>	<i>p</i>	
	<i>Promedio</i>	<i>Estándar</i>	<i>Estándar.</i>	<i>Promedio</i>	<i>Estándar</i>	<i>Estándar</i>			
Proprioceptivo	142.128.	47	9.00	111.5	14.99	4.74	3.01	.004**	
Táctil-Forma	354.2	58.98	18.65	299.9	54.65	17.28	2.14	.023*	
Táctil-Textura	261.6	26.12	8.26	234.9	28.72	9.08	2.18	.022*	
Visual	1167.8	224.2	70.00	847.5	127.2	40.25	3.93	.0005**	
Auditiva	121.5	10.89	3.44	89.5	15.81	5.00	5.27	.0001**	
Olfativa	165.1	39.57	12.51	133.9	25.96	8.21	2.08	.0026*	
Gustativa	51.1	9.72	3.07	42.3	10.46	3.31	2.06	.027*	

* $P < .05$

** $P < .01$

TABLA 8.7

Comparación del Ensayo Promedio de las 15 Subtareas
para los Grupos Esquizofrénicos Tipo Paranoides
y los No Paranoides

Tarea II		Esquizofrénicos				Esquizofrénicos			
Subtareas:		Tipo Paranoides				No Paranoides			
6 modalidades									
		Ensayos	Desviación	Error		Ensayos	Desviación	Error	
		Promedio	Estándar	Estándar.		Promedio	Estándar	Estándar	Valor t p
Proprioceptivo									
A.	22.5	2.76		.87		20.6	2.76	.87	1.79 .045*
B.	23.3	1.77		.56		20	2.71	.86	3.23 .002**
Táctil-Textura									
A.	31.3	6.48		2.05		32.6	4.33	1.37	-.53 .302
B.	33.8	9.37		2.962		32.1	5.53	1.75	.49 .314
Visual									
A.	110.4	11.97	3.78	107.9		15.07		4.77	.41 .343
B.	51.7	6.43	2.03	48.7		4.00		1.27	1.25 .113
C.	50.7	8.00	2.53	47.2		4.10		1.30	1.23 .117
Ch.	125.7	8.31	2.63	123.7		7.92		2.50	.55 .294
D.	126	6	1.90	127.6		7.76		2.46	-.52 .306
Auditiva									
A.	19.4	3.53	1.12	19.2		2.94		.93	.14 .446
B.	21.2	3.77	1.19	20.6		3.75		1.19	.36 .363
Olfativa									
A.	17.5	4.53	1.43	16.		2.83		.89	.89 .193
B.	18.6	3.06	.97	17.1		2.47		.78	1.21 .122
Gustativa									
A.	1.3	2.41	.76	9.3		2.83		.90	1.70 .053
B.	4.5	.85	.27	4.3		1.06		.34	.47 .324

* P< .05

** P< .01

Tabla 8.8

Comparación del Tiempo Promedio y las 15 Subtareas
para los Grupos Esquizofrénicos Tipo Paranoides
y los No Paranoides

Tarea II		Esquizofrénicos				Esquizofrénicos			
Subtareas:		Tipo Paranoides				No Paranoides			
6 modalidades		Tiempo	Desviación	Error	Ensayos	Desviación	Error		
		Promedio	Estándar	Estándar.	Promedio	Estándar	Estándar	Valor t	p
Proprioceptivo									
A.		514.5	70.76	22.87	466.5	42.92	13.57	1.84	.042*
B.		550.1	35.77	11.13	474.8	67.64	21.39	3.13	.003**
Táctil-Textura									
A.		157.7	21.59	6.83	155.9	22.56	7.13	.18	.429
B.		161.3	44.59	14.10	159.3	24.67	7.8	.12	.451
Visual									
A.		540.3	60.46	19.12	535.4	74.29	23.49	.16	.437
B.		253.7	32.95	10.42	243.4	23.28	7.36	.81	.215
C.		248.7	39.63	12.53	238.7	26.55	8.40	.66	.258
Ch.		617.2	40.87	12.92	607.9	47.92	15.15	.47	.323
D.		613.6	34.83	11.01	629.9	39.16	12.38	-.98	.169
Auditiva									
A.		91.5	17.72	5.60	92.8	16.27	5.14	-.17	.433
B.		98.5	18.66	5.90	98.2	20.17	6.38	.04	.486
Olfativa									
A.		84.2	22.04	6.97	75.3	16.40	5.19	1.03	.160
B.		88.6	16.06	5.08	79.2	15.05	4.76	1.35	.097
Gustativa									
A.		53.9	12.06	3.81	44.5	14.02	4.43	1.61	.063
B.		43.	8.65	2.74	44.5	16.62	5.26	-.25	.401

* P< .05

** P< .01

TABLA 8.9 a

Comparación del Ensayo Promedio en una Subtarea Visual
para los Grupos Esquizofrénicos Tipo Paranoides
y los No Paranoides

Tarea III		Esquizofrénicos			Esquizofrénicos				
Subtareas:		Tipo Paranoides			No Paranoides				
1 modalidad		10			10				
		<i>Ensayo</i>	<i>Desviación</i>	<i>Error</i>	<i>Ensayos</i>	<i>Desviación</i>	<i>Error</i>		
		<i>Promedio</i>	<i>Estándar</i>	<i>Estándar.</i>	<i>Promedio</i>	<i>Estándar</i>	<i>Estándar</i>	<i>Valor t</i>	<i>p</i>
Visual									
A.		295.3	47.21	14.93	118.4	27.33	8.64	10.26	.0001**

** P< .01

Tabla 8.9 b

Comparación del Tiempo Promedio en una Subtarea
Visual para los Grupos Esquizofrénicos Tipo Paranoides
y los No Paranoides

Tarea III									
Subtareas:		Esquizofrénicos				Esquizofrénicos			
1 modalidad		Tipo Paranoides				No Paranoides			
		10				10			

** P< .01

8.3.3. Los resultados de la Tabla 8.5 señalan que los esquizofrénicos tipo paranoides ensayaron un promedio de 4, mientras que los esquizofrénicos no paranoides, 3.5 en la subtarea de la modalidad táctil - forma. Estas diferencias entre estos dos grupos resultó estadísticamente significativa a la probabilidad .05.

8.3.4. Los resultados de la Tabla 8.6 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides utilizaron un tiempo promedio de 354.2 segundos y los esquizofrénicos no paranoides 299.9 segundos para finalizar con la subtarea táctil - forma. La diferencia entre los promedios de estos dos grupos resultó estadísticamente significativa al .05.

8.3.5. Los resultados de la Tabla 8.5 señalan que los esquizofrénicos tipo paranoides ensayaron 4.2 y los esquizofrénicos no paranoides 3.8 para completar con la tarea táctil - textura. La diferencia entre estos promedios de ensayos para estos dos grupos de participantes resultó estadísticamente significativa al .05.

8.3.6. Los resultados de la Tabla 8.6 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides necesitaron un promedio de 261.6 segundos y los esquizofrénicos no paranoides 234.9 segundos para completar la tarea táctil - textura. La diferencia entre los promedios para estos dos grupos de participantes fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.7. Los resultados de la Tabla 8.5 apuntan que los esquizofrénicos tipo paranoides ensayaron un promedio de

123.2 y los esquizofrénicos no paranoides, 89.6 para completar la subtaska visual. La diferencia entre estos promedios para estos dos grupos resultó estadísticamente significativa más allá del .01.

8.3.8. Los resultados resumidos en la Tabla 8.6 informan que los esquizofrénicos tipo paranoides necesitaron un tiempo promedio de 1,167.8 segundos y los esquizofrénicos no paranoides, 847.5 segundos para terminar con la subtaska visual. La diferencia entre esos dos promedios de segundos para los dos grupos fue estadísticamente significativa más allá del .01.

8.3.9. Los resultados de la Tabla 8.5 señalan que los esquizofrénicos tipo paranoides obtuvieron un promedio de ensayos de 15.3 y los esquizofrénicos no paranoides un promedio de ensayos de 13.3 para completar con la subtaska auditiva. La diferencia entre estos dos promedios fue estadísticamente significativa más allá del .01.

3.8.3.10. Los resultados de la Tabla 8.6 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides usaron un tiempo promedio de 121.5 segundos y los esquizofrénicos no paranoides de 89.5 para poder dominar la subtaska auditiva. La diferencia entre estos dos promedios de segundos fue estadísticamente significativa más allá del .01.

8.3.11. Los resultados de la Tabla 8.5 señalan que los esquizofrénicos tipo paranoides ensayaron un promedio de 2.5 y los esquizofrénicos no paranoides, 2.1 para completar

la subtarea olfativa. La diferencia entre estos dos promedios para estos dos grupos fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.12. Los resultados de la Tabla 8.6 informan que los esquizofrénicos tipo paranoides necesitaron de un tiempo promedio de 165.1 segundos y los esquizofrénicos no paranoides, 133.9 segundos para completar la subtarea olfativa. La diferencia entre los promedios de estos dos grupos de participantes fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.13. Los resultados de la Tabla 8.5 señalan que los esquizofrénicos tipo paranoides ensayaron un promedio de 2.7 y los esquizofrénicos no paranoides, 2.3 a fin de poder completar la subtarea gustativa. La diferencia entre los dos promedios de los dos grupos de sujetos fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.14. Los resultados de la Tabla 8.6 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides utilizaron un tiempo promedio de 51.6 segundos y los esquizofrénicos no paranoides, 42.3 segundos para completar la subtarea gustativa. La diferencia entre los dos promedios de esos dos grupos de participantes fue estadísticamente significativa al .05.

Los resultados sobre la relación entre las distintas modalidades por ensayos y tiempos promediados por los esquizofrénicos tipo paranoides y no paranoides para la

primera tarea del tratamiento magariano, aparecen en las figuras 8.01 y la figura 8.02 que aparecen en las páginas 233 y 234 respectivamente.

En el histograma de la figura 8.01 de la página 233 ilustra y compara la relación entre el número de ensayos promediados para cada una de las siete subtareas y la modalidad sensorial usada por los grupos de los esquizofrénicos tipo paranoides y no paranoides. En esta primera tarea del tratamiento, los esquizofrénicos tipo paranoides ensayaron un promedio de veces más que los no paranoides en todas las tareas. De las siete tareas, la visual, la auditiva y la propioceptiva resultaron con mayor promedio de ensayos para ambos grupos. Sin embargo, los esquizofrénicos tipo paranoides, mostraron un promedio de ensayos más acusado en la subtarea visual que los no paranoides. En las subtareas táctil - forma y táctil - textura, así como en la olfativa y la gustativa, el número de ensayos fue menos aunque con una ventaja estadísticamente significativa a favor de los esquizofrénicos tipo paranoides. La tarea con el menor promedio de ensayos resultó ser la olfativa para ambos grupos participantes.

En el histograma de la figura 8.02 presenta una comparación de los resultados del tiempo promedio para cada una de las siete subtareas y las modalidades sensoriales usadas por los dos grupos de participantes: esquizofrénicos tipo paranoides y no paranoides para la primera tarea del

tratamiento de orientación magariano. En esta tarea, la subtarea visual resultó con el tiempo promedio mayor que las otras subtareas, y al igual que en el histograma de la figura anterior, los esquizofrénicos tipo paranoides aventajaron en el promedio a los esquizofrénicos no paranoides. Ahora bien, las subtareas táctil- forma, táctil - textura, así como la olfativa resultaron con un promedio superior que las subtareas propioceptivas y auditivas, subtareas que aventajaron a las primeras en el histograma de la figura anterior. Las subtareas táctil - forma y la táctil - textura siguieron de detrás de la subtarea visual con un mayor tiempo promedio.

Comparación del Promedio de Ensayos entre cada una de las Modalidades Sensoriales de las 7 Subtareas para los Grupos Esquizofrénicos tipo Paranoides y Esquizofrénicos no Paranoides.

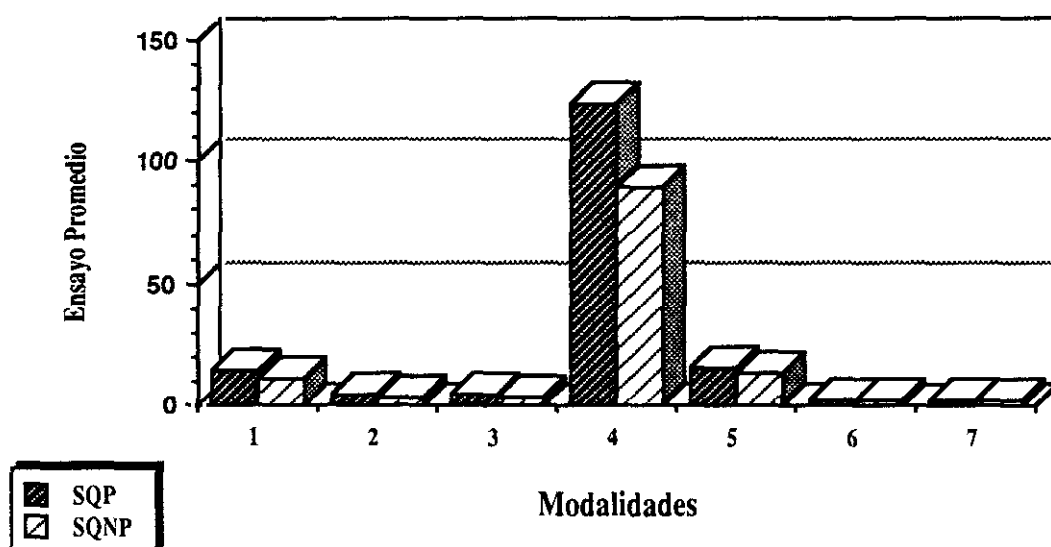


Figura 8.01

Leyenda.

Identificación de las modalidades.

- | | | |
|-------------------|-------------------|---------------------|
| 1. Propriaceptiva | 2. Táctil - Forma | 3. Táctil - Textura |
| 4. Visual | 5. Auditiva | 6. Olfativa |
| 7. Gustativa | | |

Comparación del Tiempo Promedio entre cada una de las Modalidades de las 7 Subtareas para los Grupos de Esquizofrénicos tipo Paranoides y Esquizofrénicos no Paranoides.

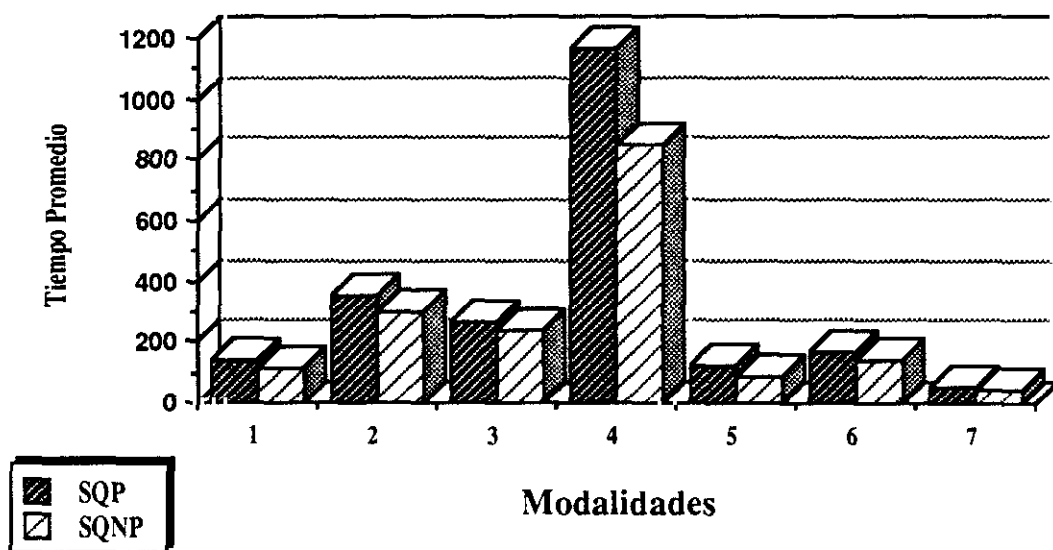


Figura 8.02

Leyenda

Identificación de las 7 modalidades:

- | | | |
|-------------------|-------------------|---------------------|
| 1. Propriaceptiva | 2. Táctil - Forma | 3. Táctil - Textura |
| 4. Visual | 5. Auditiva | 6. Olfativa |
| 7. Gustativa | | |

En la exposición de los resultados estadísticos de las 30 hipótesis para la segunda tarea: semejanzas y diferencias, seguirán un orden decedentes.

8.3.15. Los resultados de la Tabla 8.7 señalan que los esquizofrénicos tipo paranoides ensayaron un promedio de 22.5 y los esquizofrénicos no paranoides, 20.6 para completar la subtarea propioceptiva cuál no es igual. La diferencia entre esos dos promedios de ensayos resultó estadísticamente significativo al .05.

8.3.16. Los resultados de la Tabla 8.8 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides utilizaron un tiempo promedio de 514.4 segundos y los esquizofrénicos no paranoides 466.5 segundos para completar la tarea propioceptiva sobre cuál cual no es igual. La diferencia entre esos dos promedios de segundos utilizados por los dos grupos fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.17. Los resultados de la Tabla 8.7 apuntan que los esquizofrénicos tipo paranoides ensayaron un promedio de 23.3 y los esquizofrénicos no paranoides un promedio de 20.6 para completar la subtarea propioceptiva sobre cuál es igual al modelo. La diferencia entre esos dos promedios de ensayos de los dos grupos de sujetos fue estadísticamente significativo más allá del .01.

8.3.18. Los resultados de la Tabla 8.8 señalan de los esquizofrénicos tipo paranoides necesitaron un promedio de 550.1 segundos y los esquizofrénicos no paranoides unos

474.8 segundos para completar la subtarea propioceptiva sobre cuál es igual al modelo. La diferencia entre los promedios de los dos grupos de sujetos resultó estadísticamente significativa más allá del 01.

8.3.19. Los resultados de la Tabla 8.7 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides ensayaron un promedio de 31.3 y los esquizofrénicos no paranoides 32.6 para completar la tarea táctil - textura sobre cuál no es igual. La diferencia entre los dos promedios no resultó estadísticamente significativa al .05.

8.3.20. Los resultados de la Tabla 8.8 señalan que los esquizofrénicos tipo paranoides necesitaron un tiempo promedio de 157.7 segundos y los esquizofrénicos no paranoides 155.9 segundos para finalizar la subtarea táctil - textura sobre cuál no es igual al modelo. La diferencia entre los dos tiempos promedios no resultó estadísticamente significativa al .05.

8.3.21. Los resultados de la Tabla 8.7 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides ensayaron un promedio de 33.8 y los esquizofrénicos no paranoides un promedio de 32.1 para completar la subtarea táctil - textura sobre cuál es igual al modelo. La diferencia entre los dos promedios de ensayos no resultó estadísticamente significativa al .05.

8.3.22. Los resultados de la Tabla 8.8 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides utilizaron un tiempo promedio de unos 161.3 segundos y los esquizofrénicos no

paranoides unos 159.3 segundos para completar la subtarea táctil - textura sobre cuál es igual al modelo. La diferencia entre esos dos promedios no resultó estadísticamente significativa al .05.

8.3.23. Los resultados de la Tabla 8.7 señalan que los esquizofrénicos tipo paranoides tuvieron que ensayar un promedio de 110.4 y los esquizofrénicos no paranoides un promedio de 107.9 para completar la subtarea visual. La diferencia entre los dos promedios de estos dos grupos no fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.24. Los resultados de la Tabla 8.8 señalan que los esquizofrénicos tipo paranoides necesitaron un promedio de 340.3 segundos y los esquizofrénicos no para-noides un promedio de 335.4 segundos para completar al subtarea visual. No se encontró diferencias estadísticamente significativas al .05 entre los dos promedios.

8.3.25. Los resultados de la Tabla 8.7 apuntan a que los esquizofrénicos tipo paranoides ensayaron un promedio de 51.7 y los esquizofrénicos no paranoides un promedio de 48.7 ensayos para completar la subtarea visual. La diferencia entre los dos promedios no fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.26. Los resultados de la Tabla 8.8 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron un tiempo de 253.7 segundos y los esquizofrénicos no paranoides 243.4 segundos para completar la subtarea visual. La diferencia

entre los dos promedios no resultó estadísticamente significativa al .05.

8.3.27. Los resultados de la Tabla 8.7 señalan que los esquizofrénicos tipo paranoides ensayaron un promedio de 50.7 y los esquizofrénicos no paranoides un promedio de 47.2 ensayos para completar la tarea visual. La diferencia entre los dos promedios no fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.28. Los resultados de la Tabla 8.8 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides necesitaron un tiempo promedio de 248.7 segundos y los esquizofrénicos no paranoides un tiempo promedio de 238.7 segundos para completar la tarea visual. La diferencia entre los dos promedios no resultó estadísticamente significativa al .05.

8.3.29. Los resultados de la Tabla 8.7 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides obtuvieron un promedio de 125.7 ensayos y los esquizofrénicos no paranoides un promedio de 123.7 ensayos para completar la subtarea visual. La diferencia entre los dos promedios no fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.30. Los resultados de la Tabla 8.8 señalan que los esquizofrénicos tipo paranoides necesitaron un tiempo promedio de 617.2 segundos y los esquizofrénicos no paranoides 607.9 segundos para completar la subtarea visual. La diferencia entre los dos promedios no resultó estadísticamente significativa al .05.

8.331. Los resultados de la Tabla 8.7 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron unos 126.7 ensayos y los esquizofrénicos no paranoides unos 127.6 ensayos de promedio para completar la subtaska visual. La diferencia entre los dos promedios no resultó estadísticamente significativa al .05.

8.3.32. Los resultados de la Tabla 8.8 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron 613.6 segundos y los esquizofrénicos no paranoides 629.9 segundos para completar la subtaska visual. La diferencia entre los promedios no fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.33. Los resultados de la Tabla 8.7 señalan que los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron unos 19.4 ensayos y los esquizofrénicos no paranoides unos 19.2 ensayos para completar la tarea auditiva : cuál no es igual al modelo. La diferencia entre los dos promedios no fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.34. Los resultados de la Tabla 8.8 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides necesitaron un promedio de 91.5 segundos y los esquizofrénicos no paranoides 92.8 segundos para completar la subtaska auditiva: cuál no es igual al modelo. La diferencia entre los dos promedios no fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.35. Los resultados de la Tabla 8.7 apuntan que los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron unos 21.2

y lo esquizofrénicos no paranoides 20.6 para completar la subtarea auditiva: cuál es igual al modelo. La diferencia entre los dos promedios no resultó estadísticamente significativa al .05.

8.3.36. Los resultados de la Tabla 8.8 informan que los esquizofrénicos tipo paranoides utilizaron un tiempo promedio de 98.5 segundos y los esquizofrénicos no paranoides 98.2 segundos para completar la subtarea auditiva: cuál es igual al modelo. La diferencia entre los dos promedios no fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.37. Los resultados de la Tabla 8.7 señalan que los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron unos 21.2 ensayos y los esquizofrénicos no paranoides unos 20.6 ensayos para completar la subtarea olfativa: cuál no es igual al modelo. La diferencia entre los promedios no resultó significativa al .05.

8.3.38. Los resultados de la Tabla 8.8 indican que los esquizofrénicos no paranoides necesitaron un promedio de 84.2 segundos y los esquizofrénicos no paranoides unos 75.3 segundos para completar la subtarea olfativa: cuál no es igual al modelo. La diferencia entre los promedios no resultó estadísticamente significativa al .05.

8.3.39. Los resultados de la Tabla 8.7 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron unos 18.6 ensayos y los esquizofrénicos no paranoides unos 17.1 ensayos para completar la subtarea olfativa: cuál es igual al

modelo. La diferencia entre los dos promedios no fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.40. Los resultados de la Tabla 8.8 apuntan que los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron un tiempo de 88.6 segundos y los esquizofrénicos no paranoides unos 79.2 segundos para completar la subtask olfativa: cuál es igual al modelo. La diferencia entre los promedios no fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.41. Los resultados de la Tabla 8.7 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron unos 11.3 ensayos y los esquizofrénicos no paranoides unos 9.3 ensayos para completar la subtask gustativa: cuál no es igual al modelo. La diferencia entre los dos promedios no resultó estadísticamente significativa al .05.

8.3.42. Los resultados de la Tabla 8.8 señalan que los esquizofrénicos tipo paranoides utilizaron un tiempo promedio de unos 53.9 segundos y los esquizofrénicos no paranoides unos 44.5 segundos para completar la subtask gustativa: cuál no es igual al modelo. La diferencia entre los promedios no fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.43. Los resultados de la Tabla 8.7 indican que los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron unos 4.5 ensayos y los esquizofrénicos no paranoides unos 4.3 ensayos para completar la subtask gustativa: cuál es igual al modelo. La diferencia entre los dos promedios no fue estadísticamente significativa al .05.

8.3.44. Los resultados de la Tabla 8.8 señalan que los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron un tiempo de 43 segundos y los esquizofrénicos unos 44.5 segundos para completar la subtarea gustativa: cuál es igual al modelo. La diferencia entre los promedios no fue estadísticamente significativa al .05.

En los histogramas de las figuras 8.03 y 8.04 se recogen las relaciones entre los ensayos y tiempos promediados entre los esquizofrénicos tipo paranoides y los esquizofrénicos no paranoides en esta segunda tarea del tratamiento de orientación magariana.

En el histograma de la figura 8.03 se visualizan las comparaciones entre el promedio de ensayos y los 7 modalidades sensoriales de las subtareas de la segunda parte del tratamiento para cada grupo de esquizofrénicos tipo paranoides y no paranoides. En este histograma se observa que los esquizofrénicos tipo paranoides se diferenciaron de los esquizofrénicos no paranoides tanto en la modalidad propioceptiva: cuál no es igual con un promedio de 22.5 ensayos, frente a los 20.6 de los no paranoides como en la que pregunta sobre cuál es igual al modelo. En esta última, el promedio de ensayos fue de 23.3 frente a los 20 del grupo de los no paranoides.

En todas las demás modalidades las diferencias entre los promedios de los dos grupos fue tan poca, tal como se

aprecia en la tabla 8.3 que entre éstos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En esta segunda tarea del tratamiento, al igual que en la primera tarea, premominó por el número de ensayos, la modalidad visual. De las cinco subdivisiones de la modalidad visual, hubo un predominio, en los que al promedio de ensayos se refiere, en las subdivisiones 3a, cuál es igual, dónde hubo constancia en el color pero con una variación en una forma; en la 3 ch, cuál es igual al modelo, dónde no hubo constancia en la forma ; y en la 3d, cuál no es igual al modelo. Las modalidades de menor promedios de ensayos fueron las olfativas y las gustativas. De las dos, la del menor promedio de ensayos resultó ser, la gustativa, con sus dos variaciones: cuál sabe igual, donde los esquizofrénicos paranoides promediaron 11.3 ensayos y 9.3 los no paranoides. En la otra variante, cuál no sabe igual entre éstas; los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron 4.5 frente a los 4.3 de los no paranoides.

En el histograma de la figura 8.04 se visualiza la relación entre el tiempo promedio para las 7 modalidades en las distintas subtareas para cada grupo de esquizofrénicos tipo paranoides y no paranoides. En este histograma se observa una diferencia entre los promedios para la subtaska propioceptiva con sus dos variantes: cuál es igual y cuál no es igual al modelo. En la primera variante de la tarea propioceptiva, los esquizofrénicos tipo paranoides

promediaron un tiempo de 514.4 segundos frente a los 466.5 segundos de los no paranoides; y en la segunda variante, los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron un tiempo de 550.1 segundos y los no paranoides unos 474.8 segundos. En el resto de las modalidades, los promedios fueron bien parecidos para los dos grupos de participantes. Frente a las otras modalidades, tres de las variantes de la modalidad visual volvieron a resultar con los promedios más altos: la 3a, cual es igual, con 540.3 segundos para los esquizofrénicos tipo paranoides y 535.4 segundos para los no paranoides; la 3ch, cuál es igual al modelo, donde no hubo constancia de la forma, los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron 617.2 segundos y 607.9 segundos los no paranoides; en la 3d, cuál no es igual al modelo, los esquizofrénicos promediaron 613.6 segundos y 629.9 segundos los no paranoides. En esta última variante visual, los no paranoides promediaron un tiempo superior a los paranoides, pero esta diferencias entre promedios no resultó, según la tabla 8.8 estadísticamente significativa. La otra modalidad que siguió fue la propioceptiva, cuyos promedios para cada grupo fueron ofrecidos al inicio del párrafo. Al igual que el histograma de la figura 8.03, la modalidad con el tiempo promedio más bajo volvió a recaer en la modalidad gustativa y sus dos variantes: 6a, cuál sabe igual y cuál no sabe entre éstas. En la primera, con un promedio para los esquizofrénicos tipo paranoides de 53.9

segundos y 44.45 segundos para los no paranoides; en la segunda variante, el promedio de los esquizofrénicos tipo paranoides fue de 43 segundos y para los no paranoides, de unos 44.5 segundos. En esta última variante de la modalidad gustativa, los no paranoides volvieron a ventajar en el promedio a los paranoides. Ventaja que se observó también en la modalidad auditiva, primera variante 4a, donde los no paranoides promediaron unos 92.8 segundos frente a unos 91.5 segundos de los paranoides.

Comparación del Promedio de Ensayos entre cada una de las 6 Modalidades con sus 15 Subtareas para los Grupos de Esquizofrénicos tipo Paranoides y Esquizofrénicos no Paranoides.

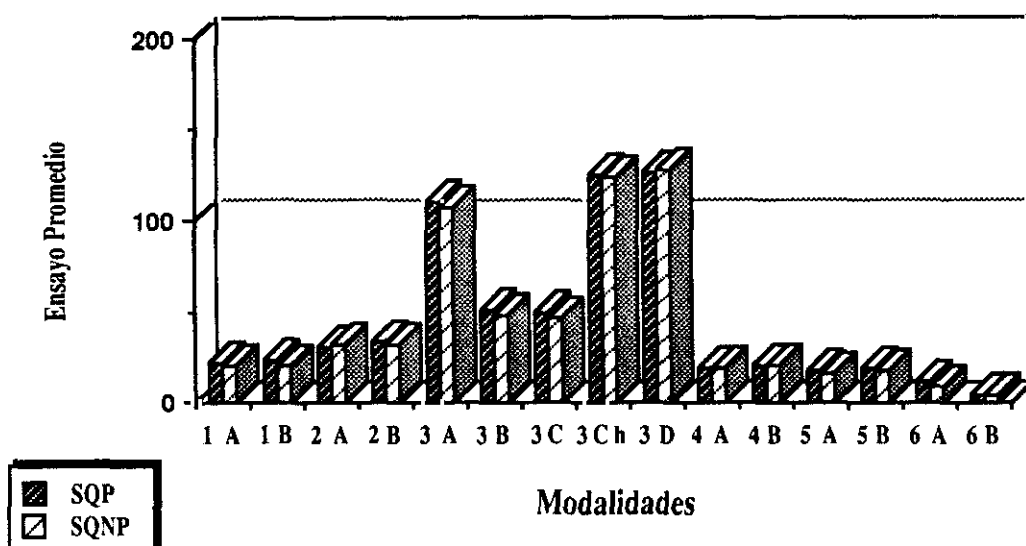


Figura 8.03

Leyenda

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 1a ¿Cuál no es igual? | 4a ¿Cuál no es igual? | 4. Auditiva |
| 1b ¿Cuál es igual? | 4b ¿Cuál es igual al modelo? | 5. Olfativa |
| 2a ¿Cuál no es igual? | 5a ¿Cuál no es igual? | 6. Gustativa |
| 2b ¿Cuáles son iguales? | 5b ¿Cuál no es igual al modelo? | |
| 3a ¿Cuál no es igual? | 6a ¿Cuál no es igual? | |
| 3b ¿Cuál no es igual? | 6b ¿Cuál sabe igual al otro? | |
| 3c ¿Cuál es igual al modelo | 1. Proprioceptiva | |
| 3ch ¿Cuál es igual al modelo? | 2. Táctil - textur | 3d ¿Cuál es igual al modelo? |
| | 3. Visual | |

Comparación del Tiempo Promedio entre cada una de 6 Modalidades con sus 15 Subtareas para los Grupos de Esquizofrénicos tipo Paranoides y Esquizofrénicos no Paranoides.

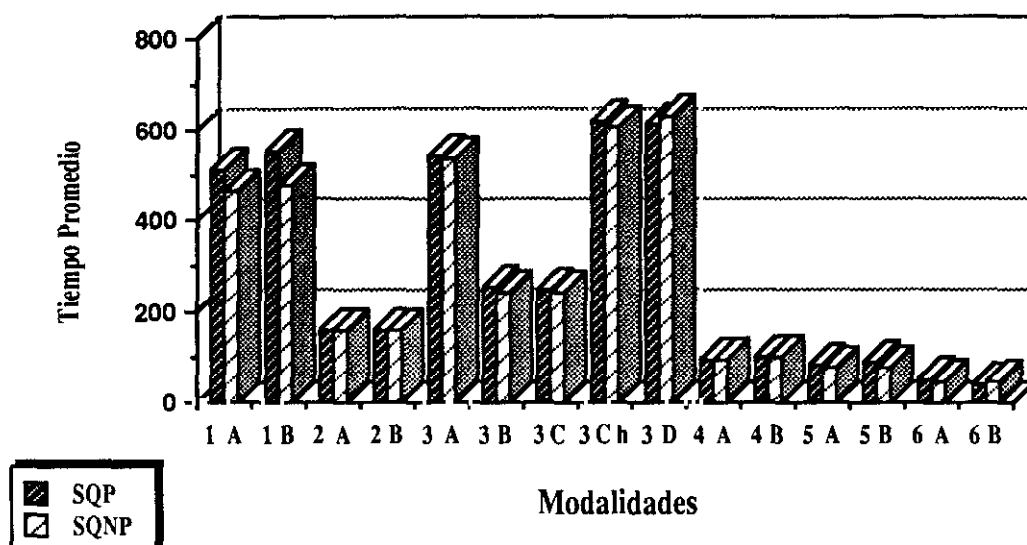


Figura 8.04

Leyenda

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|--------------|
| 1a ¿Cuál no es igual? | 4a ¿Cuál no es igual? | 4. Auditiva |
| 1b ¿Cuál es igual? | 4b ¿Cuál es igual al modelo? | 5. Olfativa |
| 2a ¿Cuál no es igual? | 5a ¿Cuál no es igual? | 6. Gustativa |
| 2b ¿Cuáles son iguales? | 5b ¿Cuál no es igual modelo? | |
| 3a ¿Cuál no es igual? | 6a ¿Cuál no es igual? | |
| 3b ¿Cuál no es igual? | 6b ¿Cuál sabe igual al otro? | |
| 3c ¿Cuál es igual al modelo? | 1. Proprioceptivo | |
| 3ch ¿Cuál es igual al modelo? | 2. Táctil - textura | |
| 3d ¿Cuál es igual al modelo? | 3. Visual | |

Comparación del Promedio de Ensayos en la
Modalidad Visual de la Última Tarea entre los
Grupos Esquizofrénicos tipo Paranoides y
Esquizofrénicos no Paranoides .

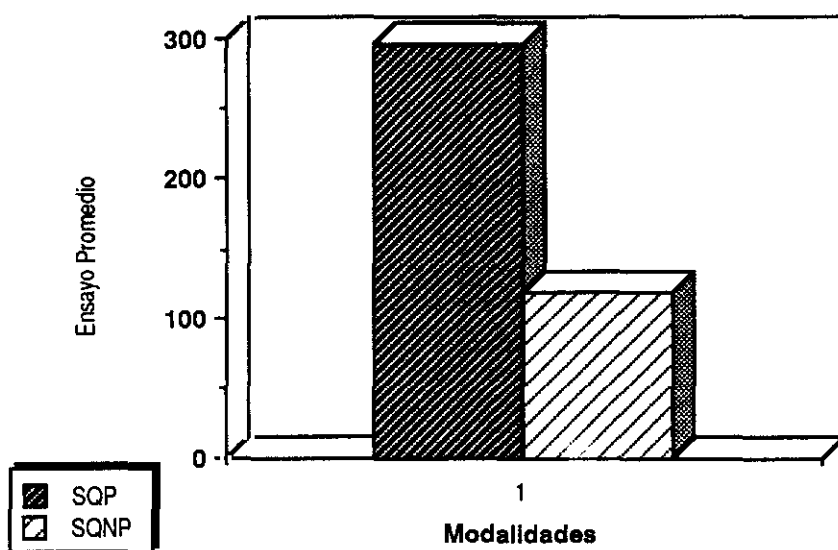


Figura 8.05

Comparación del Tiempo Promedio en la Tarea
de la Modalidad Visual entre los Grupos
Esquizofrénicos Tipo Paranoides y
Esquizofrénicos no Paranoides.

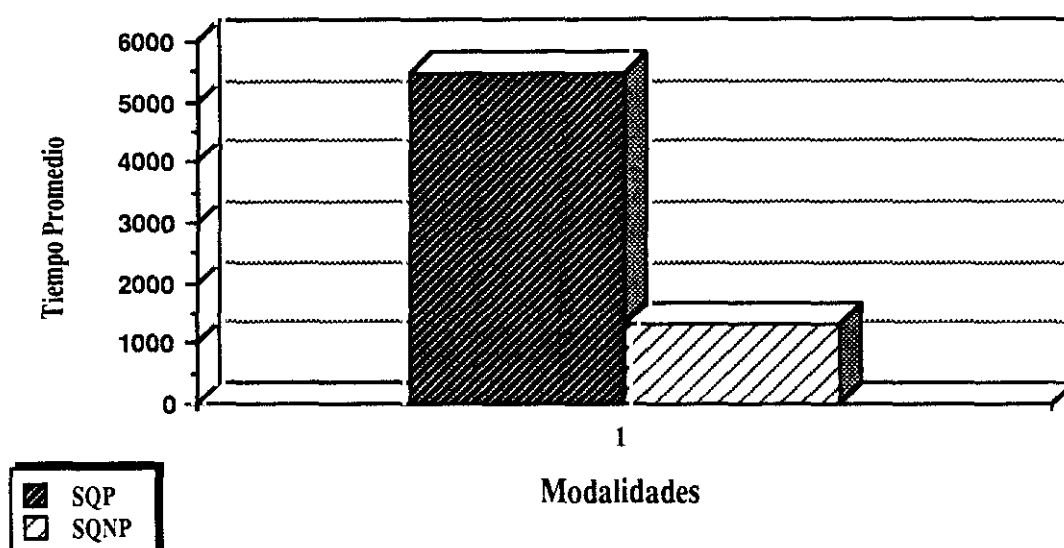


Figura 8.06

Los resultados alusivos a la tercera y última tarea: el generar conjeturas respecto a una serie de diapositivas proyectadas taquitoscópicamente, seguirán el orden de presentación de las respectivas hipótesis;

8.3.45. Los resultados de la Tabla 8.9a informan que los esquizofrénicos tipos paranoides registraron un

promedio de 295.3 ensayos y esquizofrénicos no paranoides un promedio de 118.4 ensayos para completar la subatrea visual. La diferencia entre los dos promedios fue estadísticamente significativa más allá del .001.

8.3.46. Los resultados de la Tabla 8.9b indican que los esquizofrénicos tipo paranoides utilizaron un tiempo promedio de 5,489.5 segundos y los esquizofrénicos no paranoides unos 1,302.9 segundos para completar la tarea visual. La diferencia entre los dos promedios fue estadísticamente significativamente más allá del .001.

8.4. Los resultados sobre la efectividad del tratamiento de orientación magariana se expondrán siguiendo el orden de presentación de las hipótesis.

8.4.1. Los resultados resumidos en la Tabla 8.10 sobre el análisis de varianza bidireccional indican que la fuente de variación para el nivel de esquizofrenia : tipo paranoides o no paranoide resultó significativo cuando la media cuadrada de 1345.6 con una F de 111.668 quedó asociado a un valor de P de .0001. De modo que la diferencia entre los promedios de 22.25 para el nivel paranoide y el 33.85 para los no paranoides, resultó significativo

8.4.2. Los resultados resumidos en la Tabla 8.10 sobre el análisis de varianza bidireccional para la fuente de tratamiento señalan la media cuadrada de 260.1 resultó significativa en el contraste de F de 21.585 cuando quedó

asociada a un valor de P del .0001. Por consiguiente, la diferencia entre los promedios de 25.5 para el tratamiento magariano y el 30.6 para el no magariano fue significativo.

8.4.3. Los resultados resumidos en la Tabla 8.10 sobre el análisis de varianza bidireccional señalan que la interacción entre el nivel de esquizofrenia: tipo paranoide y no paranoide y el tipo de tratamiento: Magariano y no Magariano, fue significativa cuando la media cuadrada de 336.4 con una F de 27.917 quedó asociada a un valor de P de .0001.

En la Figura 5.0 se vizualiza la relación estadísticamente significativa entre los niveles de esquizofrenia y los tipos de tratamiento, así como la interacción entre estas dos variables. Los perfiles no paralelos de los factores del tipo de tratamiento y el nivel de esquizofrenia sobre los síntomas sugieren una interacci3n entre ambos; interacci3n que fue encontrada como significativa en el análisis estadístico.

TABLA 8.10

Análisis bifactorial fijo de las medidas finales
de Síntomas en la Escala Maine para el Nivel de
Esquizofrenia y Tratamiento

Fuente	Df	Suma Cuadrada	Media Cuadrada	Prueba F.	Valor P
Nivel de Esqui-					
zofrenia (A)	1	1345.6	1345.6	111.668	.0001
Tratamiento	1	260.1	260.1	21.585	.0001
(B)					
AB	1	336.4	336.4	27.917	.0001
Error	36	433.8	12.05		

TABLA 8.11
La incidencia de AB sobre la
Medida Final de Síntomas

	Tratamientos	Magariano	No Magariano	Totales
	Paranoide	10	10	20
Nivel de Esquizofrenia	16.8	27.7	22.5	
	No Paranoide	10	10	20
	34.2	33.5	33.85	
Totales	20	20	40	
	25.5	30.6	28.05	

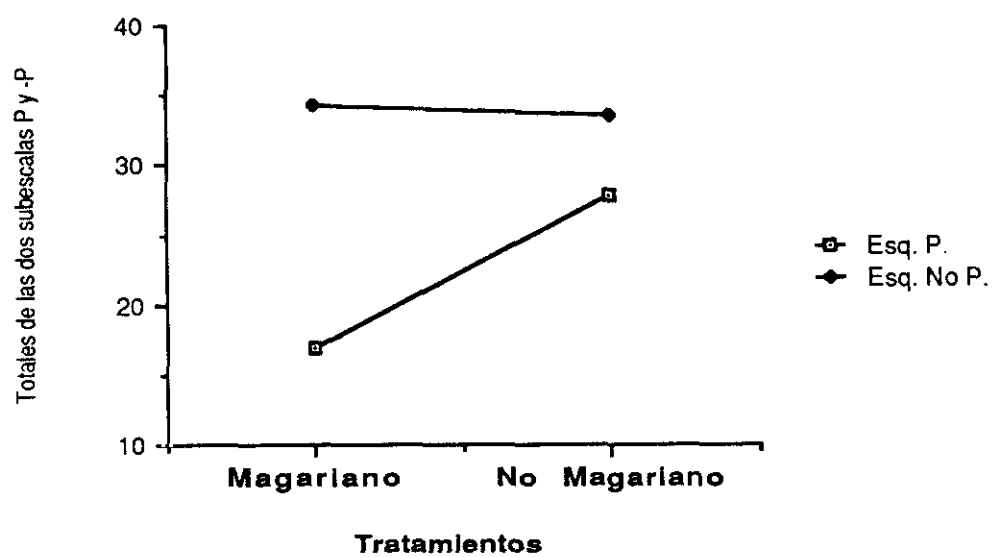


Figura 8.07

Tabla 8.12

Descripción del Nivel Depresivo Inicial
de los dos grupos de Esquizofrénicos tipo
Paranoides antes de recibir los tratamientos
Magariano y no Magariano.

Grupos	Número	Tratamiento	Media	Dev. Est.	Error Est.	Varianza	Coef. de Var.
Para	10	Magariano	15.2	2.098	663	4.4	13.8
Para	10	No Maga	15	2.211	699	4.89	14.74

Tabla 8.13

Análisis de t apareada entre las Puntuaciones
 Iniciales de los dos grupos de Esquizofrénicos tipo
 Paranoides antes de recibir los tratamientos
 Magariano y no Magariano.

DF.	Media X- Y.	Valor t	Prob. (2 rabos)
9	.2	.224	.8276

Prueba de la Homogeneidad de la Varianza: Hartley

1. Grupos	1	2
Varianza	4.4	4.889
	Varianza Mínima	Varianza Máxima

$$2. \text{ Obtener la } F \text{ máxima} = \frac{4.889}{4.4} = 1.111$$

$$3. \text{ Establecer grados de libertad} = n-1 = 9$$

el número de varianza = 2

4. Fijar los valores críticos de la F máx. según la Tabla Estadística. En ella se observa que el valor mayor a 6.34 es significativo al nivel de .05, pero el número calculado de 1.111 es menor. Por tanto se concluye que las varianzas para esos grupos son homogéneas. De modo que procede el análisis de t para dos grupos apareados

Tabla 8.14

Análisis de t de las Puntuaciones del Nivel de la
Depresión Post tratamientos de los dos Grupos de
Esquizofrénicos tipo Paranoides.(Cada grupo como
su propio control)

Grupo	Tratamiento	DF	Media X-Y	Valor t. apareada	P (2 colas)
Para.	Magariano	9	-6.4	-8.552	0001*
Para.	No Magariano	9	-.5	-.61	.5571

*P < .0001

Tabla 8.15

Resultados del Análisis de t entre las puntuaciones del Nivel Depresivo de los grupos Esquizofrénicos tipo Paranoides después de los tratamientos Magariano y no Magariano.

DF	Media X-Y	Valor t	P
9	6.1	7.957	.0001*

*P < .0001
(Dos colas)

8.5. Los resultados de la exploración de los niveles de la depresión en los grupos de esquizofrénicos tipo paranoides antes y después de los tratamientos magariano y no magariano.

8.5.1. Según se refleja en la Tabla 8.12 los grupos de esquizofrénicos tipos paranoides resultaron como grupo con una media de 15 y 15.2 de nivel depresivo inicial, con una desviación estándar .2.211 y 2.098; con un error estándar de.699 y .663; con una varianza de 4.889 y 4.4.

No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de puntuación depresiva inicial entre los dos grupos de paranoides. La *t* apareada resultó en .224 y quedó asociada a una probabilidad de .8276 según se evidencia en la tabla 8.13. Este resultado no fue estadísticamente significativo.

8.5.2. La prueba de la homogeneidad de Harlley indicó que las varianzas entre las puntuaciones del nivel depresivo inicial resultaron homogéneas. De modo que estos grupos no se diferenciaron estadísticamente en el nivel de la depresión inicial.

8.5.3. Con una media de 15 y de 15.2 para ambos grupos quedaron calificados con un nivel depresivo inicial

de suave o "mild" con arreglo al Inventario de la Depresión de Beck.

8.5.4. La tabla 8.14 muestra que hubo diferencias estadísticamente significativas para un valor de t de -8.552 con una $P < .0001$ entre el promedio inicial y el promedio del nivel depresivo post tratamiento para el grupo de sujeto paranoides expuestos al tratamiento magariano.

8.5.5. La tabla 8.14 señala que la diferencia entre los promedios depresivos iniciales y post tratamiento no magariano entre el segundo grupo de paranoides no resultó significativo ya que la t de -.61 quedó asociada a una P de .5571.

8.5.6. La tabla 8.15 evidencia que la diferencia de los promedios de 6.1, a favor del grupo paranoide recipiente del tratamiento magariano, resultó significativa a una probabilidad de .0001.

8.6. La Prueba de McNemar para la significación de los cambios en los niveles de la depresión inicial y posterior a los tratamientos magariano y no magariano: controntación de dos modelos.

Se escogió esta prueba no paramétrica con la corrección de Yates (1934) porque se usaron dos muestras relacionadas; es del tipo antes y después y se utilizó el

Inventario de Beck sobre la Depresión en su modalidad clasificatoria, es decir, nominal.

Las categorías fueron: normal(de 0 hasta 7 puntos), suave "mild"(de 8 a 23 puntos) y moderado a severo (desde 24 hasta 63 puntos)

De acuerdo con Siegel y Castellar (1988), la fórmula, es la siguiente:

$$X = \frac{(|A - D| - 1)}{A + B}$$

Con df o gl = 1

Tabla 8.16

Resumen de las Puntuaciones del Inventario de Beck sobre la Depresión medidas antes y después en los 10 paranoides tratados a la Magariana y los 10 paranoides tratados a la no Magariana.

	Paranoides Rx Magariano		Paranoides Rx no Magariano	
	Puntuaciones		Puntuaciones	
	Antes	Después	Antes	Después
1º	14	21	14	15
2º	13	23	17	13
3º	15	20	13	15
4º	17	19	14	18
5º	20	24*	15	19
6º	15	21	15	15
7º	16	24*	19	17
8º	13	19	11	13
9º	14	21	16	15
10º	15	24*	16	15

* Hubo cambio en la categoría depresiva: de suave a moderado

Tabla 8.17

Tabla de Cuatro entradas sobre el
Nivel de la Depresión antes y después
de los Esquizofrénicos tipo Paranoides
sometidos al tratamiento Magariano.

		Después	
		-	+
Antes	+	A(0)	B(0)
	-	C(0)	D(3) *

* $P < .05$

8.61. Puesto que se registraron tres cambios en la categoría del nivel depresivo suave al de moderado en los pacientes 5, 7 y 10, después de estar expuestos al tratamiento magariano, se les analizó con arreglo a la fórmula de McNemar corregida por continuidad; y se calculó una ji cuadrada de 5.3, que resultó significativo a una $P < .05$ en la Tabla de valores críticos de chi o ji cuadrada. Para más información refiérase a la Tabla 8.17 de la página 252.

8.6.2. No hubo necesidad de aplicar la prueba de McNemar ya que no se registró ni un solo cambio en la categoría depresiva del nivel suave entre los pacientes paranoides que estuvieron expuestos al tratamiento no Magariano. Para más información véase la Tabla 8.18 en la página siguiente.

Tabla 8.18

Tabla de Cuatro entradas sobre el
Nivel de la Depresión antes y después
de los Esquizofrénicos tipo Paranoides
sometidos al tratamiento no Magariano.

		Después	
		-	+
Antes	+	A(0)	B(0)
	-	C(0)	D (0)

CAPITULO NOVENO : DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

El propósito principal de esta disertación fue desarrollar e implementar las sugerencias de Magaro (1980) en una técnica capaz de modificar la sintomatología de los esquizofrénicos tipo paranoides. Al intentar hacerlo, el investigador se topó con la situación de que podía explorar una serie de conjeturas teóricas del modelo magariano sobre las reacciones de aquellos participantes esquizofrénicos tipo paranoides y no paranoides expuestos a la técnica desarrollada. Al hacerlo, surgieron unas 46 hipótesis. Estas hipótesis se dividieron para cada una de las tres fases o partes constitutivas de la técnica de orientación magariana de la siguiente manera. Las primeras 14 hipótesis corresponden a la parte inicial; las 30 hipótesis subsiguientes, para la segunda parte; y, finalmente, las dos hipótesis de la tercera y última parte de la técnica de orientación magariana. En definitiva, 46 hipótesis relativas a la reacción, medidas en el número de ensayos y del tiempo promedio de los esquizofrénicos tipo paranoides y no paranoides en los tres grupos de tareas psicológicas que formaron la técnica.

Las hipótesis relativas a la efectividad del tratamiento de orientación magariana sumaron tres más, que unidas a las anteriores, arrojaron un monto de 49 hipótesis.

Por otro lado, el investigador aprovechó la ocasión para explorar de si la efectividad del tratamiento magariano conllevaba a un aumento en la depresión de los pacientes paranoides. Esta preocupación surgió por los señalamientos de Colby (1976,1977), Meissner (1981) y Zigler y Glick (1984). Al investigar este asunto se confrontaron dos modelos para la comprensión y el desarrollo de tratamientos para la condición paranoide.

Por esa razón se le tomaron medidas inicales y al final del nivel depresivo antes y después de los tratamientos a todos los pacientes paranoides y se le sometieron al análisis estadístico.

Empero antes de discutir los resultados para las primeras 46 hipótesis, se advierte que dada la naturaleza de las variadas modalidades sensoriales de las subtareas: propioceptiva, táctil forma o textura, visual, auditiva, gustativa y olfativa, así como los distintos tiempos de exposición, desde los .250 milisegundos de proyección taquitoscópica para las visuales, hasta todos aquellos que rebazaron el segundo de exposición para la mayoría de las subtareas de naturaleza no visual, así como los distintos tiempos de práctica, hacen que se use la prudencia en la discusión de estos hallazgos. Esto es así cuando la mayoría de los resultados experimentales encontrados en la literatura son en relación a las tareas visuales con tiempos de exposición inferiores al segundo y en la investigación aquí efectuada, como se dijo anteriormente, la mayoría de

las subtareas son no visuales con tiempo de exposición sobre el segundo. De modo, que la discusión de estos resultados estarán dirigidos, en su mayoría, a confrontarlos con el modelo magariano. Ahora se pasará a discutir los resultados para estas hipótesis.

Las 14 hipótesis relativas a la primera tarea: Atender a diversas señales, los datos las confirmaron. Por lo que se pasará a discutir las.

El modelo magariano asume, y la evidencia a si lo confirma, de que los esquizofrénicos tipo paranoides, son deficitarios en la percepción, mientras que los esquizofrénicos no paranoides están sobrecompensados en la percepción. Si ésto es así, deberería, entonces, esperarse que en las tareas perceptuales, los esquizofrénicos paranoides reflejaran ese déficit con un mayor promedio de ensayos y de tiempos para resolver las subtareas cuando fueran comparados con los no paranoides. En esta primera tarea se examinaron en rigor 6 modalidades sensoriales; se habla de 7 porque la modalidad táctil se dividió en dos : forma y textura.

La primera hipótesis fue confirmada, es decir, los esquizofrénicos tipo paranoides ensayaron un promedio significativamente mayor que los esquizofrénicos no paranoides para completar la subtarea de la modalidad sensorial propriceptiva. Este hallazgo fortalece la predicción del modelo magariano del dominio perceptual de los esquizo-frénicos no paranoides sobre los paranoides.

La segunda hipótesis también fue confirmada cuando los esquizofrénicos paranoides, a diferencia de los no paranoides, necesitaron un promedio de tiempo significativamente mayor para completar al subtask de la modalidad propioceptiva. La confirmación de esta hipótesis al igual que la anterior, fortalece al modelo magariano, y concurre con los hallazgos de Cromwell y Pithers (1981) de que los paranoides mostraron un mayor tiempo de reacción que los no paranoides.

La tercera hipótesis fue confirmada cuando los paranoides, a diferencia de los no paranoides, ensayaron un promedio mayor de veces para completar la subtask táctil-forma. Vuelve a fortalecerse el modelo magariano con esta confirmación.

La cuarta hipótesis fue confirmada cuando los esquizofrénicos paranoides, a diferencia de los no paranoides, necesitaron un promedio de tiempo mayor para completar la subtask táctil-forma. Se fortalece el modelo magariano con este hallazgo y el hallazgo de Cromwell y Pithers (1981).

La quinta hipótesis fue confirmada cuando los paranoides ensayaron un promedio significativamente mayor que los no paranoides para completar al subtask táctil-textura. Otra vez más se confirma la predicción del modelo magariano.

La sexta hipótesis se confirmó cuando los paranoides promediaron un tiempo mayor que los no paranoides para completar la subtask táctil-textura. Otra confirmación del

modelo magariano y del hallazgo de Cromwell y Pithers (1981).

La séptima hipótesis resultó confirmada cuando los paranoides ensayaron un tiempo significativamente mayor que los no paranoides para completar la subtaska visual. Vuelve otra vez a salir fortalecida la predicción del modelo magariano.

Los resultados para la octava hipótesis confirmaron que los esquizofrénicos tipo paranoides necesitaron un tiempo significativamente mayor que los no paranoides para completar la subtaska visual. Este hallazgo fortalece al modelo magariano y al hallazgo de Cromwell y Pithers (1981).

Los resultados para la novena hipótesis confirmaron que los paranoides ensayaron un promedio mayor que los no paranoides para completar la subtaska auditiva. Estos hallazgos corfirmen la predicción del modelo magariano, y parecen concurrir con los hallazgos de Rappaport, Hopkins y Hall (1972) de que los paranoides muestran una menor sensibilidad hacia la detección de señales que los esquizofrénicos no paranoides. Los datos para la novena hipótesis sugiere que los estudios de Price y Erisen (1966), Rappaport et al (1971), los de McDowell, Reynolds y Magaro (1975) no son correctos. Aunque se puede defender la postura de que los paranoides son más sensibles hacia la detección de las señales pero que al escudriñar las señales por más tiempo que los no paranoides, entonces, tanto los

promedios de ensayos como de tiempo serán mayores que el de los no paranoides. Esta disputa no fue resuelta en esta investigación ya que no estuvo diseñada para ello. Simplemente se plantea como una hipótesis que puede dar cuenta del hecho.

Los datos para la décima hipótesis confirmaron de que los paranoides necesitaron un tiempo promedio significativamente mayor que los no paranoides para completar al subtask auditiva. Por lo que se fortalece la predicción del modelo magariano.

La décima primera hipótesis quedó confirmada cuando los paranoides ensayaron un promedio significativamente mayor que los no paranoides en la subtask olfativa. Vuelve a fortalecerse la predicción del modelo magariano.

Se confirmó la décima segunda hipótesis cuando los datos señalaron que los esquizofrénicos tipo paranoides registraron un promedio significativamente mayor que los no paranoides para completar la subtask olfativa. Estos datos vuelven a fortalecer la predicción del modelo magariano.

Tanto la décima tercera como la décima cuarta hipótesis resultaron confirmadas por los datos cuando tanto los promedios de ensayos como de tiempo fueron y significativamente mayor a favor de los esquizofrénicos tipo paranoides y en detrimento de los no paranoides. Una vez más se fortaleció el modelo magariano respecto a esa predicción.

Para resumir, las primeras 14 hipótesis resultaron confirmadas. Estas confirmaciones sugieren que los esquizofrénicos tipo paranoides se caracterizan, frente a los esquizofrénicos no paranoides, por un déficit en las tareas perceptuales. Ese señalamiento es propio del modelo magariano.

La segunda parte de la técnica consistió de una serie de subtarear de discriminación a fin de incrementar la atención en los esquizofrénicos tipo paranoides de sus procesos focales sin el sesgo de la predisposición categórica, el delirio. Esta tarea supone, a nivel teórico, que dirija al paranoide a estar no solamente percatado de los estímulos, sino a que recozca en ellos semejanzas y diferencias (Magaro,1980, pág. 275).

Se entiende que un ser humano para percatarse de todos los detalles pertinentes de una situación deba ampliar la atención y ser capaz, a su vez, de reducirla lo suficientemente como para poder distinguir en los estímulos lo pertinente de lo impertinente.

En estas subtarear se trató de entrenar a los paranoides a que incorporarán un conjunto de estímulos pertinentes a las subtarear y no determinados por el cogit. Estas subtarear son preponderantemente perceptuales, por lo que la predicción sería: los paranoides, a diferencia de los no paranoides, obtendrían promedios de ensayos y de tiempos significativamente mayores.

En la discusión de estas 30 hipótesis se hará en forma global, y cuando fuere necesario se particularizará.

En esta segunda parte del tratamiento, las primeras cuatro hipótesis relativas a la modalidad propriceptiva, con sus variaciones ¿Cuál no es igual? y ¿Cuál es igual? fueron confirmadas por los datos tanto en los promedios de ensayos como en los promedios de tiempos para los esquizofrénicos tipo paranoides.

Sin embargo, todas las demás hipótesis, 26 en total, no fueron confirmadas por los datos ya que no se encontraron diferencias significativas en los promedios de ensayos y de tiempos entre los esquizofrénicos tipo paranoides y no paranoides para completar las subatreas y sus respectivas modalidades sensoriales: táctil forma-textura, visual, auditiva, olfativa, y gustativa. Estos resultados discrepan de la predicción del modelo magariano. Así como de los hallazgos de otras investigaciones, a saber, la de Cromwell y Pithers.(1981) cuando los datos de la actual investigación apuntaron que no hubo diferencias significativas en el promedio del tiempo de reacción entre los esquizofrénicos no paranoides y paranoides.

Si la subtarea visual, en específico, la primera y tercera actividad donde se varió la forma de las figuras proyectadas taquitoscópicamente a los participantes y se les preguntó sobre ¿Cuál era igual al modelo? y ¿Cuál no era igual al modelo? . Entonces, los datos para las hipótesis 23,24,29,30,31 y 32, de que no existen diferencias entre

los promedios y los tiempos entre los esquizofrénicos paranoides y no paranoides para completar estas subtareas apoyaron los estudios de Lovinger (1956), Weckowitz y Blewett (1959), Price y Erkisen (1966), Kopfstein y Neale (1971), Neale, Davis y Cromwell (1971), Strauss, Fouremann y Parwatikar (1954). Por el contrario, los datos para estas hipótesis no apoyan a los estudios de Rausch (1952), Weckowitz (1957), Hartman (1962), Silverman (1964), Venables (1964), Davis, Cromwell y Held (1967), Neale y Cromwell (1968), y Vojtisek (1976).

¿Cómo dar cuenta del hecho de que no se encontraron diferencias entre los paranoides y no paranoides en los promedios de ensayos y de tiempos para completar las tareas que no fueran las propriaceptivas?

A continuación se expondrán tentativamente una serie de posibles conjeturas al hecho.

Una posibilidad pudo haber sido que los dos grupos no se diferencian en las dos medidas conductuales para esas subtareas. Sin embargo, esta posibilidad es contraria al modelo magariano.

Otra posibilidad pudo haber sido que los efectos remediativos conseguidos en la primera parte del tratamiento, tuvieran expresión en esta segunda fase del tratamiento, facilitándole, pues, a los pacientes paranoides la ejecutoria en las subtareas subsiguientes. Esta interpretación no modifica el modelo magariano, tan solo señala

que no se tomó en consideración el efecto facilitador de la primera tarea.

Otra posibilidad, y complementaria de la anterior, pudo haber sido que esta tarea en realidad no fuera una tan predominantemente perceptual como sugirió originalmente Magaro (1980, pág. 275) sino que las tareas tuvieran un relativo dominio o de una ligera matización conceptual, favorecedora, pues, de que los paranoides compenzaran un tanto el déficit perceptual. A decir verdad, el modelo magariano propone que los paranoides se diferencian de los no paranoides por una sobrecompensación conceptual. De hecho, Trapp y James (1937) y Watson y Baugh (1966) han confirmado que los paranoides obtienen cocientes de inteligencia más altos que los no paranoides. Unido a ésto último, los estudios de Hirt, Cutler y Gensharft (1977) confirman que los esquizofrénicos tipo paranoides, a diferencia de los no paranoides, mostraron una mayor habilidad para procesar información compleja. Estas evidencias apuntan hacia un predominio conceptual del paciente paranoide frente al no paranoide. Por lo que en aquellas subtareas con cierto contenido conceptual tendrán un efecto beneficioso en el paranoide cuando se compara con el esquizofrénico no paranoide.

Otra posibilidad pudo haber sido el efecto desconfirmador que la situación interpersonal entre el investigador y los participantes paranoides pudo haber tenido sobre el sesgo categórico, y contribuido a

desconfirmar partes de sus sopechas delirantes respecto a la situación paciente - terapeuta. Esta posible práctica, ajena en las recomendaciones magarianas en el tratamiento de los paranoides pudo contribuir a mejorar sus ejecutoria en la segunda parte del tratamiento.

La tercera y última parte del tratamiento se movió más halla de las tareas peceptuales hacia una requeridora de la construcción del percepto y de la integración de los procesos perceptuales y conceptuales (Magaro, 1980,pág. 275-76). La tarea que el investigador desarrolló fue una visual. Puesto que el modelo magariano asume que los no paranoides tienen una conexiones láxas y de escasos conceptos, en una tarea predominantemente conceptual, diseñada para los paranoides, se esperó que los esquizofrénicos no paranoides no finalizarían la tarea, mientras que los paranoides, sí. Las dos hipótesis fueron confirmadas por los datos. Por consiguiente, los esquizofrénicos tipo paranoides ensayaron un promedio significativamente mayor que los no paranoides para completar la subtarea sobre las conjeturas ofrecidas a una serie de diapositivas taquitoscópicamente proyectadas. De igual manera, los esquizofrénicos tipo paranoides promediaron un tiempo significativamente mayor que los no paranoides para completar la subtarea sobre las conjeturas. Estos datos estuvieron en armonía con la predicción del modelo magariano y sugieren de que los

esquizofrénicos tipo paranoides exhiben una compesación conceptual, mientras que los esquizofrénicos no paranoides manifiestan un déficit en los procesos conceptuales.

Ahora se pasará a discutir los datos para las tres hipótesis referentes a la efectividad del tratamiento magariano entre los esquizofrénicos tipo paranoides, por un lado, y por el otro, entre los esquizofrénicos tipo paranoides y los no paranoides.

La hipótesis 47 fue confirmada cuando los datos señalaron que los esquizofrénicos tipo paranoides tratados magarianamente obtuvieron un promedio significativamente menor de sintomatología paranoide que los esquizofrénicos tipo paranoides tratados con la forma de sostén. Estos resultados apuntan a que el tratamiento magariano resultó eficiente y redujó la sintomatología paranoide más allá del punto de demarcación de 20 en una sumatoria combinada de las subescalas en la escala Maine; por lo que los pacientes dejaron de comportarse como paranoides. De hecho, todos los pacientes paranoides tratados a la magariana, redujeron su puntuación del punto 20; ahora tan solo uno de los pacientes obtuvo una puntuación combinada de las subescalas P y-P, de 11 puntos. Esta puntuación, sin lugar a dudas, reflejaría un éxito terapéutico más confiable. Por lo demás, el promedio grupal de 16.8, es aceptable y señala la relativa eficacia del

tratamiento de orientación magariana. Por consiguiente, este hallazgo se une a la lista de que defienden la modificabilidad de los delirios paranoides: Beck (1952), Hale, Rush y Beck (1979), Alford, Fleece, Rothblum (1982), Richard, Dimany, Homer (1960), Kennedy (1964), Richard y otros (1964), Aylon y Hauthton (1964); Davinson (1966), Wolf (1971), Wincze, Leitamberg y Agras (1972), Neidegger, (1972), Watts, Powell, y Austin (1973).

A pesar del éxito conseguido con la técnica de orientación magariana, se recomienda a futuros investigadores, efectuar una modificación en el contenido de las tareas. Magaro, (1980) dió a entender en sus comentarios para la modificación de de la sintomatología de los paranoides que el contenido de las tareas sugeridas para el desarrollo de al técnica no guardaba necesariamente relación con los temas delirantes de los pacientes, y que las las tareas debían hacer hincapié en el desarrollo de destrezas perceptuales, proceso deficiente en los paranoides, y que con ésto bastaba para modificar los delirios. Sin embargo, sería prudente examinar tareas matizadas con los temas o categorías delirantes del paciente, a la vez que desarrollan las destrezas perceptuales y constatar de si éstos aceleran o retrasan la eliminación de la sintomatología paranoide. De esta manera se estaría examinando de si el déficit perceptual surge cuando se suscita el delirio, la predisposición conceptual o si es un déficit independiente de

la suscitación del sesgo conceptual. Esta averiguación daría pie para ver si de esta manera se puede eliminar la sintomatología paranoide en su totalidad. Con esta estrategia se estaría examinando, a su vez, la sugerencia de Ibáñez, (1982) de "que el delirio no consiste tanto en cambios en el proceso cognitivo, que sería correcto, sino que consiste en cambios en la estructura cognitiva, cambios que se producen porque varían la interrelaciones entre los esquemas". Claro está que si los temas de una estructura delirante son parte del contenido de las tareas, se estaría facilitando la interrelación entre los esquemas.

Otra sugerencia para para los futuros investigadores es que se explore la posibilidad de ofrecer el tratamiento psicológico libre de la presencia conjunta de fármacos antisicóticos. En la investigación aquí realizada, ésto no fue posible, en cambio, se consiguió, por la práctica un tanto generalizada en los Centros de Salud Mental, de que todos los pacientes estuvieran en tratamiento de Thorazine intramuscular. De esta forma se controló el posible efecto diferenciado de este fármaco en el tratamiento de uno u otro grupo de pacientes. .

Los datos relativos a si el tratamiento fue efectivo únicamente con los esquizofrénicos tipo paranoides y de esta forma sugerir que éstos son una entidad clínica distinta a los esquizofrénicos no paranoides, tal como lo reclama el modelo magariano, fue confirmada cuando el promedio de sintomatología paranoide resultó significativamente menor

al compararse con el promedio del grupo de esquizofrénicos no paranoides. Estos datos apoyan la postura de Henderson y Gillespie (1944), Kendler y Tsuang (1944,1981), Meissner (1981), Magaro (1981), Cromwell y Pithers (1981) y Zigler y Glick (1984) sostenedores de que la esquizofrénicos tipo paranoides no es una forma de esquizofrenia. Por tanto, el tratamiento debe ser igualmente distinto.

Finalmente, los datos confirmaron la conjetura que de entre el tratamiento magariano y el diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide existe una interacción. De modo, que el tratamiento magariano fue efectivo únicamente para los paranoides.

Por otro lado, se exploró la relación de si la modificación de los síntomas paranoides con una técnica que no tomó en consideración la baja autoestima o el nivel depresivo como variables fundamentales en el tratamiento, contribuye a que se recrudezca el nivel depresivo.tal como lo apunta Meissner (1981) de que si no se considera la depresión en el tratamiento de la paranoia, al reducirle los delirios a un paciente, se reactivará su depresión subyacente, motor de los delirios paranoides.

Puesto que el modelo magariano no considera importante a la variable de la depresión en la comprensión teórica, y por supuesto, en el tratamiento de lo paranoide, en esta disertación se aprovechó la situación clínica del

relativo éxito en la modificación de la condición paranoide en unos pacientes para así investigar esta polémica.

Las medidas iniciales del nivel de la depresión de los dos grupos de pacientes esquizofrénicos tipo paranoides resultó de "mild", o suave de acuerdo con Inventario de Beck sobre la Depresión, con una media aproximada de 15.1.

Cuando esos dos grupos de pacientes paranoides fueron sometidos y comparados con dos tratamientos diferentes: uno no magariano y el otro de orientación magariano, resultó que el tratamiento magariano modificó la sintomatología paranoide, el otro, no. De inmediato, a ambos grupos de sujetos se le volvió a tomar las medidas del nivel de su depresión post tratamientos y se encontró que entre los sujetos que habían modificado la condición paranoide tras ser expuestos al tratamiento magariano, el promedio grupal del nivel de la depresión había subido de 15.2 a 21.6; ésto dió pie para que se efectuara un análisis de t para grupos apareados, donde cada sujeto era su propio control. La prueba t arrojó un resultado estadísticamente significativo. Si bien cierto fue lo del aumento en el promedio grupal, no menos verdadero resultó que dicho aumento no rebazó el punto de corte de 23, para que el grupo de sujetos fueran calificados como depresivos moderados. Por lo cual siguieron en la categoría de depresión leve o suave. De modo, que con arreglo a estos datos, se puede afirmar que parece que los sujetos paranoides suelen caracterizarse por una condición de leve

depresión antes de recibir el tratamiento magariano; una vez que el tratamiento magariano les modificó su condición paranoide, se registró en ellos un aumento en el nivel de la depresión, la que resultó estadísticamente significativa, pero no lo suficiente como para ubicarlos en otra categoría, en este caso, moderada. Se puede decir, que se observó un aumento en la depresión pero no de forma tan dramática ni severa como lo vaticinaron Meissner (1981) y Zigler y Glick (1984).

El análisis de *t* pareada con los mismos sujeto como su propio control efectuado para el grupo de sujetos esquizofrénicos tipo paranoide, no resultó estadísticamente significativo. Este hallazgo es cónsome con cualquiera de los dos modelos: el magariano y el meissneriano.

El análisis de *t* para dos grupos apareados efectuado entre las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Beck sobre la Depresión para los dos grupos de paranoides, resultó estadísticamente significativo a favor del grupo que modificó su condición paranoide. De modo que esa diferencia fue significativa. Este hallazgo fue consecuente con la predicción del modelo de Meissner (1981) y Zigler y Glick (1984).

El análisis de la prueba no paramétrica de McNemar para la significación de los cambios indicó que para el grupo de paranoides que modificaron su condición paranoide, al compararse entre si, la variación de la categoría de suave a moderada ocurrió en tres de los 10 pacientes; ésto resultó

estadísticamente significativo más allá de la probabilidad del .05 en la tabla de los valores críticos de la chi cuadrada.

Tanto los resultados de los análisis estadísticos de la Prueba de McNemar para el grupo paranoide que aumentó el nivel de la depresión como el que no la aumentó, son congruentes con los resultados de la prueba de t. Por tanto, se puede concluir, tentativamente, de que la vaticinación de Meissner (1981) y de Zigler y Glick (1984) de que una eliminación de la sintomatología paranoide sin tomar en consideración los sentimientos depresivos y de la baja autoestima en el tratamiento, conlleva un aumento en el nivel de la depresión de los paranoides, es parcialmente verdadera. Ya que se confirmó la tendencia del aumento pero no la magnitud de la misma, o su gravedad. Los pacientes paranoides, 7, en mayoría, se mantuvieron en un nivel depresivo denominado de suave, los tres restantes, en el límite inferior de la categoría moderada. No se observó, en paciente alguno, que rebasara ese límite inferior.

El investigador cree que con una modificación más radical de la sintomatología paranoide, se estaría en una mejor postura para estudiar la predicción entre la depresión y lo paranoide. Por eso invita a futuros investigadores(as) a seguir, entre otros caminos, el sugerido por él: modificar su técnica de orientación magariana para eliminar la sintomatología paranoides.

Los hallazgos de esta investigación sugieren nuevos desarrollos teóricos e investigativos sobre lo paranoide y la depresión. .

Uno de esos desarrollos es el papel, si alguno, que desempeña la depresión en la formación y tratamiento de la esquizofrenia tipo paranoide. En cuanto al tratamiento, se sugiere a los futuros investigadores que exploren la eficacia, si alguna, del tratamiento farmacológico antidepresivo , específicamente, el tratamiento con litio de sodio, en los esquizofrénicos tipos paranoides. De esta forma se podría evaluar el posible papel que desempeña la depresión en los paranoides. Esta línea investigativa ya la han iniciado, aunque con muestras pequeñas y escaso control (Freedman y Schwarb, 1978), (Lipkin, Dysud y Meyer, 1970) y (Pope y Lipinski, 1978).

Por otro lado, puesto que existe la posibilidad teórica, de que la depresión registrada en los paranoides tras el relativo éxito de la técnica de corte magariano, obedeciera al efecto consecuente de la reducción de estrés en todo organismo y no a una baja autoestima subyacente como proponen Meissner (1981) y Zigler y Glick (1984).

Sin embargo, el desarrollo de esta faena teórica e investigativa, se le dejará a otros investigadores(as).interesados (as) en esta temática.

CAPITULO DECIMO : CONCLUSIONES

El propósito de esta disertación consistió en desarrollar una técnica orientada en las sugerencias magarianas e investigar si su efectividad clínica es exclusiva para el tratamiento de la esquizofrenia tipo paranoide.

De una muestra de 385 pacientes del Centro de Salud Mental de Caguas, Puerto Rico, y con arreglo a la puntuación obtenida en la Escala Maine, se formaron dos muestras de 20 esquizofrénicos agudos tipo paranoides y 20 esquizofrénicos agudos no paranoides. Luego se asignaron al azar a una de dos condiciones: tratamiento de orientación magariana y tratamiento no magariano (intervención de sostén), y por diagnóstico, se formaron cuatro grupos con 10 participantes en cada uno, para estudiar: primero, si el tratamiento de orientación magariana frente al tratamiento o la intervención de sostén era efectivo para la modificación de la sintomatología de los esquizofrénicos tipo paranoides; segundo, si el tratamiento de orientación magariano era más efectivo en los esquizofrénicos tipo paranoides que en los no paranoides, y por consiguiente, en tercer lugar, de si el tratamiento de orientación magariano resultaba de exclusiva efectividad para los paranoides. Estos tres objetivos dieron pie para formar tres hipótesis.

También se investigó si los grupos de esquizofrénicos tipo paranoides se diferenciaban de los no paranoides en dos medidas conductuales: tiempo de reacción y el número de ensayos en las tres partes constitutivas del tratamiento diseñado para los paranoides tal como lo predijo el modelo magariano para la esquizofrenia tipo paranoide y la no paranoide. Para el logro de este último objetivo, llevó al investigador a la formulación de 46 hipótesis.

En resumen, los cuatro objetivos de esta disertación produjeron 49 hipótesis en total.

Los resultados apoyaron las tres hipótesis de los primeros tres objetivos sobre la evaluación de la técnica de orientación magariana para el tratamiento de los esquizofrénicos tipo paranoides.

10.1. Los esquizofrénicos tipo paranoides que recibieran el tratamiento de orientación magariana redujeron significativamente su sintomatología cuando fueron comparados con esquizofrénicos tipo paranoides que no recibieron el tratamiento magariano sino el de sostén.

10.2. Los esquizofrénicos tipo paranoides tratados con la técnica de orientación magariana redujeron su sintomatología frente a los no paranoides que recibieron el tratamiento no magariano sino el de sostén.

10.3. Entre el tratamiento de orientación magariana y el diagnóstico de la esquizofrenia tipo paranoide hubo una interacción.

Del apoyo de los datos a las tres hipótesis se puede concluir:

10.4. El tratamiento de orientación magariana, a diferencia del tratamiento de sostén, fue relativamente efectivo para reducir la sintomatología del esquizofrénico tipo paranoides más allá del corte de demarcación de la Escala Maine.

10.5. El tratamiento de orientación magariana fue relativamente efectivo para reducir la sintomatología de los esquizofrénicos tipo paranoides más allá del corte demarcación de la Escala Maine y no para los esquizofrénicos no paranoides.

10.6. El tratamiento de orientación magariana fue exclusivamente efectivo para reducir la sintomatología de los esquizofrénicos tipo paranoides.

Al tratamiento de orientación magariana se le ha calificado de relativamente efectivo por que consiguió reducir la sintomatología del grupo de los paranoides a un punto de demarcación promedio de 16.8 en la Escala Maine. Ese promedio grupal se colocó en la escala Maine entre el mínimo de 10 y un máximo de 20 puntos (esas cifras representan la suma combinada de las dos subescalas: P y -P). Dónde 10 representa la eliminación total de la sintomatología, y 20, el punto dónde los pacientes dejan de ser esquizofrénicos paranoides o no paranoides. El promedio 16.8 representa más o menos un punto medio entre ambos

extremos. Por lo que se concluye, que con el tratamiento de orientación magariana se consiguió reducir la sintomatología de los pacientes a un nivel de no paranoide, pero no eliminó esa sintomatología en su totalidad como hubiera sido lo deseado. No obstante, el promedio de 16.8 es una puntuación satisfactoria que apunta hacia un relativo éxito terapéutico.

Este relativo éxito terapéutico sirve para hacer hincapié para que se investiguen los siguientes aspectos de la técnica de orientación magariana:

10.7. Aumentar la complejidad y dificultad de las tres tareas, así como el número de requisitos por ejercicios.

10.8. Desarrollar la tercera tarea: generar conjeturas más allá de la modalidad visual.

10.9. Explorar la posibilidad de confeccionar las tareas con arreglo a la temática de los delirios de los pacientes paranoides.

Los datos para las 46 hipótesis para el problema de si los grupos esquizofrénicos tipo paranoides se diferenciaban de los no paranoides en dos medidas conductuales: tiempo de reacción y el número de ensayos durante la exposición a las tres tareas de la técnica de orientación magariana.

Los datos apoyaron las primeras catorce hipótesis para la primera parte de la técnica: reconocer detalles (tarea

para atender detalles o señales por distintas vías sensoriales). De modo, se puede concluir:

10.10. Los esquizofrénicos tipo paranoides obtuvieron un promedio de tiempo y de ensayos significativamente mayor que los no paranoides en las siguientes modalidades sensoriales: propioceptivas, táctiles, visuales, auditivas, gustativas y olfativas.

Estos resultados sugieren que los esquizofrénicos tipo paranoides se caracterizan por un déficit en los procesos perceptuales y que los esquizofrénicos no paranoides, a diferencia de los paranoides, se caracterizan por una compensación en los procesos perceptuales, tal como lo apunta la teoría magariana.

10.11. En la segunda parte de la técnica magariana las tareas multimodales consistieron de simple discriminación a fin de aumentar la atención focal sin el sesgo de la predisposición categórica. Se buscó que los pacientes paranoides, estuvieran un tanto atentos a los estímulos como a las diferencias y semejanzas entre ellos.

10.11.1. Los datos para las 30 hipótesis que se formularon para esta segunda parte apoyaron solamente las hipótesis relativas a la modalidad propioceptiva. Por lo tanto, se concluye, los esquizofrénicos tipo paranoides se diferenciaron de los no paranoides en los promedios para los

tiempos y ensayos en la subtarea propioceptiva en las variantes ¿Cuál es igual? y ¿Cuál no es igual?.

El resto de los datos apuntaron de que los esquizofrénicos tipos paranoides no se diferenciaron de los no paranoides en términos de los promedios de tiempos de reacción ni del número de ensayos en las subtareas relativas a las modalidades táctiles, visuales, auditivas, gustativas y olfativas en sus vertientes ¿Cuál es igual al modelo? y ¿Cuál no es igual al modelo? En vista de que estos hallazgos se apartaron de la predicción del modelo magariano, se propusieron 4 posibles alternativas:

10.11.2. En efecto, que los dos grupos no tienen por que diferenciarse entre si en las dos medidas conductuales de tiempo de reacción ni en el número de ensayos para esas subtareas. Esta afirmación de por si es contraria al modelo magariano.

10.11.3. El posible efecto facilitador de la primera tarea pudo haber remediado el déficit en los esquizofrénicos tipo paranoides en la segunda parte del tratamiento.

10.11.4. El que esta segunda parte del tratamiento estuviera coloreada por aspectos conceptuales y de esta manera favoreció a los paranoides, y de ahí los resultados encontrados.

10.11.5. La situación interpersonal en sí pudo haber ejercido un efecto facilitador en esta segunda parte. Esto pudo haber sido así si se considera que el terapeuta pudo haber contribuido a desconfirmar las sospechas

delirantes iniciales de los pacientes sobre la novel situación clínica, y de esta forma, se estuvo anticipadamente contribuyendo a facilitar a la integración de los procesos conceptuales y perceptuales del paranoide y con ello, a reducir su déficit en la esfera perceptual de la segunda tarea. Es decir, en el modelo magariano si al paranoide se le suscita la predisposición conceptual, el delirio, se le agudiza su déficit perceptual. De modo que, el comportamiento de los paranoides durante la primera parte del tratamiento magariano, puede explicarse con esta hipótesis.

Respecto al comportamiento no esperado de los paranoides durante la segunda parte del tratamiento de orientación magariano, ahora, puede explicarse con arreglo a esa práctica inicial entre tareas perceptuales, por un lado, y la práctica interpersonal de los pacientes con el terapeuta de que sus sopechas paranoides, las que fueran, no se confirmaron. De modo, que en la primera tarea se dieron simultáneamente, la primera, y un anticipo de la segunda tarea. Por consiguiente, se sospecha que esta práctica en conjunto pudo haber facilitado la ejecutoria de los paranoides en la segunda tarea, al extremo de no diferenciarse de los no paranoides en las dos medidas comportamentales de los promedios de los tiempos de reacción y del número de ensayos.

Ahora bien, cualquiera de las consideraciones anteriormente hipotetizadas requieren de la investigación posterior para su esclarecimiento.

Los datos confirman las dos últimas hipótesis de la parte final de la técnica generar una serie de conjeturas afin de flexibilizar el esquema de los paranoides. De modo que los paranoides se diferenciaron de los no paranoides por una cantidad mayor de tiempo de reacción y del número de ensayos. Estos datos sugieren que los pacientes paranoides se caracterizan por un esquema inflexible pero modificable con arreglo a la técnica magariana, mientras que los no paranoides, al no poder siquiera terminar con las tareas, sugieren un déficit tal como lo apunta el modelo magariano.

10.12. Exploración de la relación entre el nivel de la depresión y la modificación de la sintomatología paranoides con la técnica de orientación magariana.

10.12.1. Se encontró que los sujetos esquizofrénicos tipo paranoides se caracterizaron por la presencia de un nivel depresivo inicial leve.

10.12.2. Que el grupo de esquizofrénicos que modificaron su condición registraron un aumento en el nivel de la depresión que resultó estadísticamente significativa pero el aumento no fue suficientemente como para elevarse a otra categoría de magnitud más allá de la moderada.

10.12.3. Aunque estos datos están en la dirección de los modelos como los de Colby (1976,1977), Meissner (1981), y el de Zigler y Glick (1984); no obstante,

el aumento en la depresión no resultó tan dramático como se esperaba.

Ni el diseño ex post facto utilizado permite al investigador excederse en aducir posibles causas, tan sólo invita a los futuros investigadore(a)s a bordar el estudio de esta relación desde una postura experimental en la investigación básica.

BIBLIOGRAFIA

- Abrams, G. M., Taintor, Z. C., y Lhamon, W. T. (1966) Percept assimilation and paranoid severity. Archives of General Psychiatry, 14, 491-496.
- Abrams, R., Taylor, M. y Gaztanaga, P. (1974). Manic-depressive illness and paranoid schizophrenic: a phenomenologic, family hystoric, and treatment-response study. Arch. Gen. Psychiat, 31: 640-642.
- Abrams, L. (1978) Reliability and validity of diagnostic rating scales for paranoid and nonparanoid schizophrenia. Ponencia presentada ante la Asociación de Psicólogos del Este, en Washington, D. C.
- Adams, H. E., Brantley, P., Malatesta, V. Turkat, I. D. (1981). Modification of cognitive process. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49: 460-464.
- Allen, T. (1967). Suicidal impulse in depression and paranoia. Inter. J. Psychoanal, 48: 433-438.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed.) Washington, D.C. Asociación Psiquiátrica Americana. Versión al español, coordinada por Pierre Pichot (1983) DSM III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Masson, S. A. Versión

castellana de los doctores: Manuel Valdés Miyar, Joan Masana Ronquillo, Claudi Udina Abelló y Tomás De Flores I Formenti.

Arieti, S. (1980). Psychotherapy of schizophrenia: New or revised procedures. American J. of Psychotherapy, 34: 464-476.

Aronson, Marvin L. (1952). A study of the Freudian Theory of Paranoia by means of the Rorschach Test. J. Proj. Tech., 16: 397-411.

Aronson, Marvin L. (1953). A study of the Freudian Theory of Paranoia by means of the Blacky Pictures. J. Proj. Tech., 17: 3-19.

Artiss, R. L., y Bullard, D. M. (1966). Paranoid thinking in everyday life. Arch. Gen. Psychiat., 14: 89.

Astrachan, B. et al. (1972). A checklist for the diagnosis of schizophrenia. Brit. J. Psychiat., 121: 529-539.

Axelsson, R. y Ohman, R. (1987). Patterns of response to neuroleptic treatment: Factors influencing the amelioration of individual symptoms in psychotic patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol. 76(6): 707-714.

Ayllon, T., y Houtghton, E. (1964). Modification of symptomatic verbal behavior of mental patients. Behavior Research Therapy, 2: 87-97.

Ayres, A. J. (1972). Improving academic scores through sensory integration. Journal of Learning Disabilities, 5: 338-343.

- Bak, R. C. (1946). Masochism in paranoia. Psychonal. Quart. 15: 285.
- Bassos, C. A. (1973). Affective content and contextual constraint in recall by paranoid, nonparanoid, and nonpsychiatric patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40: 126-132.
- Bateson, G., Jackson, D. et al. (1956). Toward a theory of schizophrenia, Beh. Sci. 1: 251.
- Bazhin, E. F., Wasserman, L. J., y Tonkoogii, M. (1975). Auditory hallucinations and left temporal lobe pathology. Neuropsychologia, 13: 927-932.
- Beaumont, J. G., y Dimond, S. J. (1973). Brain Disconnection and schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 123: 661-662.
- Beck, A. (1967). Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. (1952). "Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt". Psychiatry, 15: 305-312.
- Beck, A. T. (1963). "Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions". Arch. Gen. Psychiat. 9: 324-333.
- Beck, A. T. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, International Universities Press.
- Beck, A. T. (1988). Cognitive to panic disorder: Theory and Practice. En S. Rachman y J. D. Masur (Eds.),

Panic: Psychological Perspectives. Hillsdale, N. J: Lawrence Erlbaum.

Bell, R. Q. (1959). Retrospective and prospective view of early personality development. Merrill Palmer Quarterly, 6: 131-144.

Bender, K. J. (1990). Psychiatric Medications. Newbury Park, CA :Sage.

Berrios, G. E. (1981). Delirium and Confusion in the 19th Century: A conceptual History. Brit. J. Psychiat. 139: 439-449.

Bever, T. G., y Chiarello, R. J. (1974). Cerebral dominance in musicians and non-musicians. Science, 185: 537-539.

Binder, H. (1958) Personality variables and recognition response level. Journal of Abnormal and Social Psychology, 57: 136-142.

Blau, T. H. (1977). Tongue and schizophrenia vulnerability: as the world turns. American Psychologist, 32: 997-1005.

Bleuler, E. (1950) . Dementia Praecox (J. Zinkin, trans.) International New York: Universities Press.

Bonner, H. (1950). Sociological aspects of paranoia. American Journal of Sociology, 56: 225-262.

Bonner, H. (1951). The problems of diagnosis in paranoic disorders. Amer. J Psychiat. 107: 677.

- Boszormenyi-Nagy, I., y Framo, J. L. (Eds.) (1965). Intensive Family Therapy. New York: Harper and Row.
- Bowman, K y Raymond, A. (1931). A statistical study of delusions in manic-depressive psychoses. Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Diseases, Vol. II. Williams and Wilkins, Baltimore.
- Braginsky, B. Braginsky, D., Ring, K. (1969). Methods of Madness: The Mental Hospital as a Last Resort. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Breakey, W. y Goodell, H. (1972). Thought disorder in mania and schizophrenia evaluated by Bannister's Grid Test for schizophrenic thought disorder. Brit J. Psychiat. 120: 391-395.
- Bridger, W. (1961). Sensory Habituation and discrimination in human neonate . American Journal of Psychiatry, 117: 991- 996.
- Brown, J. F. (1940). The Psychodynamics of Abnormal Behavior. New York: Mc Graw-Hill.
- Bruner, J. S., y Minturn, A. L. (1955). Perceptual identification and perceptual organization. Journal of General Psychology, 53: 21-28.
- Bugelski, B. R., y Alampay, A. L. (1961). The role of frequency in developing perceptual sets. Canadian Journal of Psychology, 15: 205-211.
- Buss, A. H., y Lang, P.J. (1965). Psychological deficit in schizophrenia: I Affect, reinforcement, and concept attainment. Journal of Abnormal Psychology, 70: 2-24.

- Byck, R. (1975). Drugs and treatment of psychiatric disorders. En L. S. Goodman y A. Guilman (Eds.), The pharmacological basics of therapeutics (5 th edición). New York: Macmillan.
- Cameron, N. (1959). Paranoids conditions and paranoia. En Arieti, S. (Ed.) The American Handbook of Psychiatry, Vol. I, págs. 508-539. New York: Basic Books.
- Cameron, N. , y Margaret, A. (1951). Behavior Pathology. Boston:Houghton-Mifflin.
- Cameron, N. (1943). The development of paranoid thinking. Psychol.Rev, 50: 219.
- Cameron, N. A. (1947). The Psychology of Behavior Disorders. Boston: Houghton-Mifflin.
- Cameron, N. (1959). The paranoid pseudo-community, revisted. Amer.J. Soc, 65: 52.
- Cancro, R. (1979). Genetic evidence for the existence of subgroups of the schizophrenic syndrome. Schiz. Bull, 5: 453-459.
- Cantril, H., Gaudet, H. y Herzong, H. (1947). The Invasion from Mars. Princeton, N. J. : Princeton University Press.
- Carini, L. (1973). Explanations of percepts and concepts in schizophrenia. Psychiatria Neurologia Neurochirurgia, 76: 129-138.
- Carlson, G. y Goodwin, F. (1973). The stages of mania: a longitudinal analysis of the manic episode. Arch. Gen. Psychiat., 28: 221-228.

- Carpenter, W. Jr., ET. AL. (1976). Another view of schizophrenic subtypes: a report from the International Pilot Study of Schizophrenia. Arch. Gen. Psychiat., 33: 508-516.
- Carpenter, W., Jr. y Stephns, J. (1979). An attempted integration of information revelant to schizophrenic subtypes. Schiz. Bull., 5 :490-506.
- Cashdan, S. (1966). Delusioinal thinking and induction process in schizophrenics. Journal of Abnormal Psychology, 30: 207-212.
- Casper, Wm. T. (1971). La Homosexualidad Latente y su Inaceptabilidad en los Hombre Paranoides según el Modelo Freudiano. Trabajo inédito, 1971.
- Cegalis, J. A. , Leen, D., y Solomon, E. J. (1971). Attention in schizophrenia: An analysis of selectivity in the functional visual field. Journal of Abnormal Psychology, 57: 136-142.
- Chapman, L. J , Chapman J. P., y Miller, G. A. (1964). A theory of verbal behavior in schizophrenia. En B. E. Maher (Ed.), Progress in experimental personality research. Vol. 1, New York: Academic Press.
- Chapman, L. J., y Chapman, J. P. (1973). Disordered thought in schizoprenia. New York: Appleton-Century- Crofts.
- Chapman, I. y Chapman, J. (1980). Scales for rating psychotic and psychotic-like experiences as continua. Schiz. Bull. 6:476-489.

- Chaugule, V. B. y Master, R. S. (1981). Impaired Cerebral Dominance Cognition. Potomac, Md. Lawrence Erlbaum & Associates.
- Clooney, J. L. , y Murray, D. J. (1977). Same - different judgment in paranoid and schizophrenic patients: a laterality study. Journal of Abnormal Psychology, 86: 553-558.
- Colby, K. (1975). Artificial Paranoia: A Computer Simulation of Paranoid Process. New York: Pergamon Press.
- Colby, K. (1977). Appraisal of four psychological theories of paranoid phenomena. J. Abnorm. Psychol., 86: 54-59.
- Colby, K. (1976). Clinical Implications of a simulation model of paranoid process. Arch. Gen. Psychiat. 33: 854-857.
- Colby, K., Hilf, F. (1974). Multidimensional Evaluation of a Simulation of Paranoid Thought Process. En Greeg, L. Ed.: Knowledge and Cognition. Potomoc, Md., Lawrence Erlbaum & Associates.
- Colby, K., Parkinson, R., y Faught, B. (1974). Pattern-matching rules for the recognition of natural language dialogue expressions. Amer. J. Computational Linguistics, Microfiche 5.
- Colby, K., Weber, S. y Hilf, F. (1971). Artificial Paranoia. Artif. Intelligence. 2: 1-25.
- Cole, J. , Schatzberg , A. y S. Frazier. Eds. (1978). Depression: Biology, Psychodynamics, and Treatment. New York: Plenum Press.

- Colondrón, A. (1983). Las Esquizofrenias. Madrid: Siglo XXI.
- Cornelius, J. R., Soloff, P. H., y Reynolds, C. C. (1984). Paranoia, Homicidal Behavior, and Seizures Associated with Phenylpropanolamine. Am. J. Psychiat. 141:1
- Court, J. H., y Carwoli, E. (1968). Schizophrenic performance on a reaction time task with increasing levels of complexity. British Journal of Social and Clinical Psychology, 7: 21-223.
- Cristensen, L. (1988). Experimental Methodology. U.S.A. : Allyn and Bacon, Inc.
- Cromwell, R. y Pithers, W. (1981). Schizophrenic paranoid psychoses: determining diagnostic divisions. Schiz. Bull., 7: 674-688.
- Cromwell, R. (1975). Assessment of Schizophrenia. Ann. Rev. Psychol. 26: 593-619.
- Davis, D., Cromwell, R., y Held, J. (1967). Size Estimation in emotionally disturbed children and schizophrenic adults. J. Abnorm. Psychol. 72: 395-401.
- Davidson, G. C. (1966). Differential relaxation and cognitive restructuring in therapy with a "paranoid schizophrenics" or "paranoid state" Proceeding of the 74 th Annual Convention Psychological Association, 177-178..
- Davidson, R. S. (1979). Modification of pathological behavior. New York: Wiley.

- De Lucca, J. N. (1967). Performance of Overt Male Homosexuals and Controls on the Blacky Test. Journal of Clinical Psychology, 23, (4),492.
- Depue, R. A., y Woodbun, L. (1975). Disappearance of paranoid symptoms with chronicity. Journal of Abnormal Psychology, 84: 84-86.
- De Sisto, M., Rice, A. P., y Magaro, P. A. (1978). Lateral eye movement in paranoid and nonparanoid schizophrenics . Ponencia en la Convención de la Asociación de Psicólogos del Este., Washington, D.C..
- Deutsch, H. (1958). Trust and suspicion. Journal of Conflict Resolution, 4: 265-279.
- Deutsch, H. (1962). Cooperation and t5ust: some theoretical notes. Nebraska Symposium on Motivation., 10: 275-320.
- Dryden, W., y Golden, W. L. (Eds.) (1986). Cognitive Behavioral Approches to Psychotherapy. London: Harper and Row.
- Dodson, K. S. (1989). A meta analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. Journal of Counselig and Clinical Psychology, 57: 414-419.
- Dollard, J., y Miller, N. (1950). Personality and Psychotherapy. New York: McGraw-Hill
- Edinger, J. M. (1981). Treatment of debilitating delusion with a multifaceted behavioral approach: a case study. Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavior, 27: 14-26.

- Edwards, Allen L. (1972). Experimental Design in Psychological Research. Holt, Rinehart and Winston, Inc. Fourth Edition.
- Eliseo, T. (1964). Delusions in process and reactive schizophrenics. J. Clin. Psychol. 20: 352.
- Ellis, A. & Grieger, R. (Eds.) (1977). Handbook of Rational - Emotive Therapy. New York: Springer.
- Escalona, S. K. (1973). The differential impact of environmental conditions as a function of different reaction patterns in infancy. En G. C. Westman (Ed.), Individual differences in children. New York: Wiley Interscience.
- Escotet, Miguel. (1980). Diseño Multivariado en Psicología y Educación. Ediciones CEAC, S. S. Barcelona, España.
- Farley, I., Price, K., y McCullough, E. (1978). Norepinephrine in chronic paranoid schizophrenia.: Above -normal levels in limbic forebrain. Science. Vol. 200, 28 abril.
- Farnham-Diggory, S. (1978). Learning Disabilities. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Feighner, J. et. al. (1972) . Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psychiat. 26: 57-63.
- Fellows, T. (1968). Discriminative Process and Learning. Oxford: Pergamon Press.
- Fenichel, O. (1945). The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York: Norton.

- Ferenczi, S. (1950) On the part played by Homosexuality in the Pathogenesis of Paranoia. En Sex in Psychoanalysis, New York: Basic Book, Inc.
- Fisher, S. (1964). Body image and psychopathology. Arch. Gen. Psychiat., 10: 57-63.
- Fisher, S. (1966). Body image in neurotic and schizophrenic patients. Arch. Gen. Psychiat., 15: 90-101.
- Flor-Henry, P. (1973). Psychiatric syndromes considered as manifestation of lateralized temporal-limbic dysfunction. En L. V., Laitinen y K. E. Livingston (Eds.). Surgical approaches in psychiatry. Lancaster, England: Medical and Technical Publi. Co.
- Flor-Henry, P. (1976). Lateralized temporal-limbic dysfunction and pathology. Annals of the New York Academy of Sciences, 280: 777-795.
- Forgus, R. H., y De Wolfe, A. S. (1974). Coding of cognitive input in delusional patients. Journal of Abnormal Psychology, 83: 278-284.
- Foulds, C. y Owen, A. (1963). Are paranoids schizophrenic? The British Journal of Psychiatry, 109: 674-679.
- Fowler, R. (1980). Schizophrenia - primary affective disorder discrimination: I. development of data-base diagnostic index. Arch. Gen. Psychiat. 37: 811-814.

- Freedman, A. M., y Kaplan, I. H. (1967).
Comprehensive Textbook of Psychiatry.
Baltimore: Williams and Wilkins.
- Freedman, A., Kaplan, H., y Sadock, B. (1975).
Comprehensive Textbook of Psychiatry. (ed. 2)
 Baltimore: Williams & Wilkins.
- Freedman, R. y Schwab, P. (1978). Paranoid symptoms
 in patients on general hospital psychiatric unit.
Arch. Gen. Psychiat. 35: 387-390.
- Freeman, T. (1981). On the Psychopathology of
 Persecutory Delusions. Brit. J. Psychiat. 139:
 529-532.
- Freud, S. (1894). The defense neuropsychoses.
 Reprinted in Collected Papers (Vol. 1). London:
 Hogarth Press, (1946). Publicado originalmente en
 el 1894.
- Freud, S. (1948). Observaciones psicoanalíticas sobre
 un caso de paranoia. (Dementia Paranoide).
 Autobiográficamente descrita. En Obras
Completas, Vol. II, Editorial Biblioteca Nueva,
 Madrid, págs., 661-693. Traducción directa del
 alemán por Luis López Ballesteros y de Torres.
- Freud, S. (1955). Certain Neurotic Mechanisms in
 Jealousy, Paranoia and Homosexuality (1922). En
Collected Papers, vol. II, London: Hogarth
 Press.
- Freud, S. (1911). Psychoanalytic Notes on an
 Autobiographical Account of a Case of Paranoia.
Standard Edition, 12. London: Hogarth Press.

- Freud, S. (1959). Further remarks on the Defense Neuro-Psychoses. Collected Papers. New York: Basic Books, 1: 155
- Fromm, E. (1959). Sigmund Freud's Mission. New York: Harper.
- Funabiki, D. et. al. (1980). Revising sex differences in the expression of depression. J. Abnorm. Psychol. 89: 194-202.
- Galín, D. (1974). Implications for psychiatry of left and right cerebral specialization. Arch. of Gen. Psychiat., 31: 572-583.
- Gamble, K. R. (1975). Paranoid integration and thought disorder. Journal of Clinical Psychology, 38: 59-62.
- Gardner, G. E. (1931). Evidences of Homosexuality in One Hundred and Twenty Unanalyzed Cases with Paranoid Content. Psychoanal. Rev., 18: 57-62.
- Garma, A. (1935). Paranoia and Homosexuality. Arch. Neurobiol., 15: 251-272.
- Garnezy, N. (1970). Process and reactive schizophrenia: some conceptions and issues. Schiz. Bull., 2:30-74.
- Gibson, J.,J. (1966). The Senses Considered as Perceptual systems. Boston: Houghton Mifflin.
- Gibson,E., J. (1969). Perceptual learning and development. New York: Appleton-Century-Crofts

- Goldfried, M. R., y Greenberg, L. S. (1990). Individual Psychotherapy: Process and outcome: Annual Review of Psychology, 41: 659-688.
- Goldstein, A, y Carr, A. (1956). The attitude of mother of male catatonic and paranoid schizophrenics toward child behavior. Journal of Consulting Psychology, 20: 90.
- Goldstein, M. (1970). Premorbid adjustment, paranoid status, and patterns of response to phenothiazine in acute schizophrenia. Schiz. Bull., I: 24-37.
- Goldstein, M., Y Salzman, I. (1965). Proverb word count as a measure of overinclusiveness in delusional schizophrenics. J. Abnormal Psychology, 70: 244-245.
- Goodman, I. Z. (1968). Influence of parental figures on schizophrenics patients. Journal of Abnormal and Social Psychology, 73: 503-512.
- Grant, V. W. (1954). Anger reaction in paranoids. J. Clin. Psychol. 10: 275.
- Grauer, D. (1954). Homosexuality in Paranoids Schizophrenics as Revealed by the Rorschach Test. J. Consult. Psychol., 18: 459-462.
- Guertin, W. H. (1952). A factor analytic study of schizophrenics symptoms. Journal of Consulting Psychol., 16: 308-312.
- Guilford, I. P. , y Fruchter, B. (1984). Estadística Aplicada a la Psicología y a la Educación. McGraw-Hill de México, S.A. DE C.V.

- Gur, R. E. (1978). Left hemisphere dysfunction and left hemisphere overactivation in schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 87: 226-238.
- Grossman, J. J. Greenberg, N. H. (1957). Psychosomatic differentiation in infancy. Psychosomatic Medicine, 19: 293-306.
- Gruzelier, J., y Hammond, N. (1976). A dominant hemisphere temporal limbic disorder. Research Communications in Psychology, Psychiatry, and Behavior, 1: 33-72.
- Haber, R. N. (1966). The nature of the effect of set on perception. Psychological Review, 73: 335-350.
- Ham, H. W., Spanos, N. P., y Barber, T. X. (1976). Suggestibility in hospitalized schizophrenics. Journal of Abnormal Psychology, 85: 550-557.
- Hamilton, M. (1969). Standardized assessment and recording of depressive symptoms. Psychiatria Neurologia Neurochirurgia, 72: 201-205.
- Hamlin, R. y Lorr, M. (1971). Differentiation of normals, neurotics, paranoids and nonparanoids. J. Abnorm. Psychol., 77: 90-96.
- Hammill, D. (1972). Training visual perceptual process. Journal of Learning Disabilities. 5: 552-559.
- Hammond, N. V., y Gruzelier, J. H. (1978). Laterality, Attention, and rate effects in the auditory temporal discrimination of chronic schizophrenics: the effect of treatment with chlorpromazine. Quarterly Journal of Experimental Psychology, 30: 91-103.

- Hammond, K. R., y Summer, D.A. (1972). Cognitive control. Psychological Review, 79: 58-67.
- Harder, D., y Ritzler, B. (1979). A comparasion of Rorschach developmental level systems as indicators of psychoses. J. Pers. Assess. 43: 347-595.
- Harmon, L. D. (1973). The recognition of faces. Scientific American. 229: 70-82.
- Harrow, M. y Quinlan, D. (1977). Is disordered thinking unique to schizophrenia? Arch. Gen. Psychiat. 34: 15-21.
- Hartman, A. (1962). The apparent size of after-images in delusional schizophrenics. Amer. J. Psychol. 75: 478-595. Harvard University Press.
- Hasselbach, C. F. (1962). Sperego regression in paranoia. Psychoal. Quart., 31: 341.
- Hawks, D. (1964). The clinical usefullness of some tests of over-inclusive thinking in psychiatric patients. Brit. J. Soc. Clin. Psychol. 3:186 -195.
- Hay, A. y Forrest, A. (1972). The diagnosis of schizophrenia and paranoid psychoses: an attempt at clarification. Brit. J. Med. Psychol. 45: 233-241.
- Hayes-Roth, B. (1977). Evolution of cognitive structures and processes. Psychological Review, 84: 260-278.
- Haynes, S. (1986). A Behavioral Model of Paranoids Behaviors. Behavior Therapy. 17: 266-287.

- Heilbrun, A. (1971). Style of adaptation to perceived aversive maternal stimulation and selective attention to evaluative cues. J. Abnorm. Psychol. 77: 340-344.
- Heilbrun, A. (1972). Defensive projection in late adolescents: implications for the developmental model of paranoid behavior. Child. Develpm. 43: 880-891.
- Heilbrun, A. B. (1972). Tolerance for ambiguity in late adolescent males: Implications for a developmental model of paranoid behavior. Developmental Psychology, 1: 288-294.
- Heilbrun, A. B. (1973). Aversive Maternal Control: A Theory of Schizophrenic Development. New York: Wiley.
- Heilbrun, A. B. (1975) A proposed basis for delusion formulation within an information-processing model of paranoid development. Brit. J. Soc. Clin. Psychol., 14: 297-308.
- Heilbrun, A. B., y Heilbrun, K.S. (1977). Content analysis of delusions in reactive and process schizophrenics. Journal of Abnormal Psychology, 86: 597-608.
- Heilbrun, A. y Bronson, N. (1975). The fabrication of delusional thinking in normals. J. Abnorm. Psychol. 84: 422-425.
- Heilbrun, A., y Madison, J. (1978). An analysis of structural factors in schizophrenic delusions. J. Clin. Psychol. 34: 326-329.

- Heilbraun, A. B., y N. Norbert. (1972). Style of adaptation to aversive maternal control and paranoid behavior. The Journal of Genetic Psychology, 120: 145-153.
- Henderson, D., y Gillespie, R. D. (1956). Textbook of Psychiatry. 8th ed. London: Oxford University Press.
- Henderson, D., y Batchelor, I. R. (1962). Textbook of Psychiatry. New York: Oxford University Press.
- Hendrick, I. (1939). The Contribution of Psychoanalysis to the Study of Psychosis. J. Amer. Med. Ass., 133: 918-924.
- Hirt, M. Cutter, M., y Genshaft, J. (1977). Information processing by schizophrenics when task complexity increases. J. Abnorm. Psychol. 86: 256-260.
- Hole, R. W., Rush, A. J., y Beck, A. T. (1979). A cognitive investigation of schizophrenic delusions. Psychiatry, 42: 312-319.
- Hudspeth, W., y Gerbrandt (1965). Electroconvulsive shock: conflict, competition, considation, neuroanatomical functions. Psychological Bulletin. 36: 377-384.
- Hull, C. L. (1952). A behavior system. New Haven: Yale University Press.
- Ibañez, E. (1982). La psicopatología del procesamiento humano información. En Psicología Cognitiva y Procesamiento de la información. Decleux, I., y Seoane, J. (Eds.) Madrid: Pirámide.

- Jaspers, K. (1968). Delusion and awareness of reality. International Journal of Psychiatry, 6: 25-40.
- Johansen, W. G., Freidman, S. H., S. H. Leitschuh, T. H., y Ammons, H. (1963). A study and their relationship to double alternation learning. Journal of Consulting Psychology, 27: 375-382.
- Johnson, D. (1980). Cognitive organization in paranoid and nonparanoid schizophrenia. Doctoral dissertation, Yale University. Diss Abstr. Inter., 41: 25208A.
- Johnson, R. C. Weiss, R. L. y Zelhart, P. F. (1964). Similarities and differences between normal and psychotic subjects in response to verbal stimuli. Journal of Abnormal and Social Psychology, 68: 221-226.
- Johnston, Mary T. (1987). Occupational therapist and teaching cognitive behavioral skills. Occupational Therapy in Mental Health, Vol. 7(3): 69-81.
- Jung, C. (1937). The Psychology of Dementia Precox. New York: Nervous and Mental Disease Publishing Co., pág. 26.
- Kantor, S., y Glassman, A. (1977) Delusional depressions: natural history and response to treatment. Brit. J. Psychiat., 131: 351-360.
- Kay, D. et al. (1976). The differentiation of paranoid from affective psychoses by patients' premorbid characteristics. Brit. J. Psychiat., 129: 207-215.

- Kelm, H. (1960). The figural after-effect in schizophrenic patients. Journal of Nervous and Mental Disease, 135: 338-345.
- Kendall, P. C., Hollon, S. D. (Eds.) (1981). Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions. New York: Academic Press.
- Kendall, P. C., y Hollon, S. D. (Eds.). (1979). Cognitive-Behavioral Interventions: theory, research, and procedures. New York: Academic Press.
- Kendell, R., Brockington, I., y Leff, J. (1979). Prognostic implications of six alternative definitions of schizophrenia. Arch. Gen. Psychiat., 36: 25-31.
- Kendell, R., y Gourley, J. (1970). The clinical distinctions between affective psychoses and schizophrenia. Brit. J. Psychiat., 117:261-266.
- Kendler, K., y Davis, K. (1981). The genetics and biochemistry of paranoid schizophrenia and other paranoid psychoses. Schizophrenia Bulletin, 7: 689-709.
- Kendler, K., y Tsuang, M. (1981). Nosology of paranoid schizophrenia and other paranoid psychoses. Schiz. Bull., 7: 594-610.
- Kennedy, T. (1964). Treatment of chronic schizophrenia by behavior therapy. Behavior Research and Therapy. 2: 1-16.
- Keppel, G. (1991). Design and Analysis: A researcher's Handbook. New Jersey: Prentice-Hall.

- Kerberg, O. (1969). A contribution of the ego-psychological critique of the kleinian school. International Journal of Psycho-Analysis, 50: 317-333.
- Kety, S. et al.. (1975). Mental illness in the biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic: a preliminary report based on psychiatric interviews. En R. Fieve, D. Rosenthal y H. Brill (Eds.) Genetic Research in Psychiatry, Baltimore: John Hopkins University Press.
- Kew, J. K. (1963). A comparison of thought processes in various nosological groups. J. Clin. Psychol., 19: 162.
- King, L. J. (1974). Sensory-integrative approach to schizophrenia. The American Journal of Occupational Therapy, 28: 529-536.
- Kimura, D. (1966). Dual functional asymmetry of the brain in visual perception. Neuropsychologia, 4: 27-285.
- Kinsbourne, M. (1974 a). Direction of gaze and disturbance of cerebral thought processes. Neuropsychologia, 12: 279-281.
- Kinsbourne, M. (1974 b). Lateral interaction in the brain. En M. Kinsbourne y W. L. Smith, (Eds.), Hemispheric disconnection and cerebral functions. Springfield, Ill. : Charles C. Thomas.
- Kinsbourne, M. (1974 c). Mechanisms of interaction in man. En M. Kinsbourne y W. L. Smith, (Eds.), Hemispheric disconnection and cerebral functions. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.

- Klaf, F. S. (1961). Female homosexuality and paranoid schizophrenia. Arch. Gen. Psychiat., 4: 84.
- Klaf, F. S., y Davis, C. A. (1960). Homosexuality and paranoid schizophrenia: a survey of 150 cases and controls. Am. J. Psychiat., 116: 1,070.
- Klein, M. (1948). Contributions to Psychoanalysis. London: Hogarth Press.
- Klein, H. R., y Horowitz, W. A. (1949). Psychosexual factors in the paranoid phenomena. Amer. J. Psychiatry, 105: 697.
- Klein, M. (1932). The Psycho-Analysis of Children. New York: Grove Press.
- Klein, M. (1964). Contributions to Psycho-Analysis : 1920-1945. New York: McGraw-Hill.
- Knights, A. y Hirsch, S. (1981). Revealed depression and drug treatment for schizophrenia. Arch. Gen. Psychiat., 38: 806-811.
- Knigh, R. P. (1940). The Relationship of Latent Homosexuality to the Mechanism of Paranoid Delusions. Bull. Menninger Clin., 4: 149-159.
- Kopfstein, J. y Neale, J. (1971). Size estimation in schizophrenic and nonschizophrenic subjects. J. Consult. Clin., 36: 430-435.
- Kovac, M. y Beck, A. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. Amer. J. Psychiat., 135: 525-533.

- Kovar, L. (1966). Reconsideration of paranoid. Psychiatry 29: 289.
- Kraepelin, E. (1921). Manic- depressise Insanity and Paranoia. New York: Anno Press.
- Kraepelin, E. (1919). Dementia Praecox and paraphrenia. Chicago: Chicago Medical Book Co.
- Kringlen, E. (1980). Schizophrenia: research in the Nordic countries. Schiz. Bull., 6: 566-578.
- Lamert, E. M.(1962). Paranoia and the Dynamics of Exclusion. Sociometry, 25: 2-25.
- Landauer, A. A., Singer, C., y Day, R. H. (1966). Correlation between visual and kinesthetic spatial after-effects. Journal of Experimental Psychology, 72: 892-894.
- Lang, P. J., y Buss, A. M. (1965). Psychological deficit in schizophrenia and nonschizophrenic subjects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 7: 77-106.
- Langfelt, G. (1969). Schizophrenia: diagnosis and prognosis. Behav. Sci., 14: 173-182.
- Larson, C. (1976). Efeects of self-reinforcemnt on demanding behavior of a parnoid personality: a case report. Journal of School Psychology, 14: 3.
- Larson, C. y Nyman, N. (1970). Age of onset in schizophrenia. Hum. Hered., 20: 241-247.
- Leonhard, K. (1970). Prognosis of paranoid states in relation to the clinical features. Acta Psychiat. Scand., 51: 134-151.

- Levy, C., Trevarthan, C., y Sperry, R. W. (1976). Meta-control of hemispheric functions in human split-brain patients. Journal of Experimental Psychology: Human perception and performance, 2: 299-312.
- Lewine, R. (1980). Sex differences in age of symptom onset and first hospitalization in schizopheria. Amer. J. Orthopsychiat., 132: 347-357.
- Lewis, H. (1979). Guilt in obsession and paranoia. En Emotions in Personality and Psychopathology. C. Izard, ed. Plenum Press, New York.
- Liberman, R. R., Telgen, J., Patterson, R., y Baker, V. (1973). Reducing delusional speech in chronic, paranoid schizophrenics. Journal of Applied Behavior Analysis., 6: 57-64.
- Lifton, R. J. (1961). Thought Reform and Psychology of Totalism. New York: W. W. Norton & Company Inc.
- Lipkin, K. Dyrud, J., y Meyer, G. (1970). The many faces of mania: therapeutic-trial of lithium carbonate. Arch. Gen. Psychiat. 22: 262-267.
- Lipsitt, Y., Levy, L. y Levy, N. (1959). Pain treshhold in human neonate. Child Development, 30: 547-554.
- Lidz, T., Fleck, S., y Cornelison, A. R. (1965). Schizophrenia and the Family. New York: International Universities Press.

- Lonthrop, W. W. (1961) A critical review of research on conceptual thinking of schizophrenics. Journal of Nerv. and Ment Dis., 132: 118-126.
- Loor, M. (1955). Factors descriptive of psychopathology and behavior of psychotics. Journal of Abnormal and Social Psychology. 50: 78-86
- Loor, M. (1953). Multidimensional scale for rating psychiatric patients. Hospital form. Veteran's Administration Technical Bulletin, 10,507 nov.
- Loor, M. (1964) A simplex of paranoid projection. Journal of Consulting Psychol., 28: 378-380.
- Loor, M. (1966). Explorations in typing psychotics. London: Pergamon Press.
- Loor, M., Klett, C. J. Mc Nair, D. M., y Lansky, J. J. (1963) Impatient Multidimensional Psychiatric Scale Manual. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Loor, M., Jenkins, R. L. y O' Connor, J. P. (1955) Factors descriptive of psychopathology and behavior of hospitalized psychotics. Journal of Abnormal and Social Psychology, 50: 78-86.
- Loor, M., Klett, C. J. y Cave, R. (1967) Higher-level psychotic syndromes. Journal of Abnormal Psychol., 72: 74-77.
- Loor, M., Klett, C. J. y Mc Nair, D. M. (1963) Syndromes of Psychosis. New York: Pergamon Press.
- Loor, M., Mc Nair, D. et al. (1962) Evidences of ten psychotic syndromes. Journal of Consulting Psychol., 26: 185-189.

- Loor, M., O' Connor, J. P. y Stanfford, J. W. (1960) The psychotic reaction profile. Journal of Clinical Psychology, 16: 241-245.
- Lovinger, E. (1956). Perceptual contact with reality in schizophrenia. J. Abnorm. Soc. Psychol., 52: 87-91.
- Magaro, P. (1981). The paranoid and the schizophrenic: the case for distinctive cognitive style. Schiz. Bull., 7: 632-661.
- Magaro, P. (1981). The paranoid as an emerging character. Schiz. Bull., 7: 586-587.
- Magaro, P. (1984). Schizophrenia. En S. Turner, y M. Hersen Adult Psychopathology and Diagnosis. Págs 140-183. John Wiley & Sons, Inc.
- Magaro, P. A. (1981). The paranoid and the schizophrenic: the case for distinct cognitive style. Schizophrenia Bulletin, 7: 632-661.
- Magaro, P. y Chamrad, D. (1983). Hemispheric preferences of paranoid and nonparanoid schizophrenics. Biological Psychiatry, 18: 1269-1285.
- Magaro, P. y Chamrad, D. (1983). Information processing and lateralization in schizophrenia. Biological Psychiatry, 18: 29-44.
- Magaro, P. y Page. J. (1983). Brain disconnetioins, schizophrenia, and paranoia. Journal of Abnormal Psychology, 77: 184-191.

- Magaro, P., Abrams, L., y Cantrell, P. (1981). The Maine Scale of Paranoid and Nonparanoid Schizophrenia; reliability and Validity. J. of Consulting and Clin. Psychol., Vol. 49,3: 438-447.
- Magaro, P., y Page, J. (1983). Brain Disconnetion, Schizophrenia, and Paranoia. Journal of Nervous and Mental Disease, 171: 3
- Magaro, Peter A. (1980). Cognition in Schizophrenia and Paranoia: The Integration of Cognitive Processes. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Magaro, Peter. (1983). Psychosis and Schizophrenia. En Spaulding, W. D., y Cole, J. K. (Eds.): Nebraska symposium on motivation. Volume 31: Theories of schizophrenia and psychosis. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Magaro, P. A., y Vojtisek, J. E. (1971). Embedded figures performances so schizophrenics as a function of chronicity, premorbid adjustment, diagnosis and medication. Journal of Abnormal Psychology, 77: 184-191.
- Maher, B. (1972) The language of schizophrenia. A review and interpretation. British Journal of Psychiatry, 120: 3-17.
- Maher, B. A. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. Journal of Individual Psychology, 30: 98-113.
- Maher, B. A. (1966). Principles of Psychopathology. New York: McGraw-Hill.
- Mahoney, M.J. (1974). Cognition and Behavior Modification. Cambridge, MA: Ballinger.

- Maltzman, I. (1960). On training of originality. Psychological Review, 67: 229-242.
- Maltzman, J., Bogartz, W., y Breger, L., A. (1958). A procedure for increasing word association originally and its transfer effects, Journal of Experimental Psychology, 56, 392- 398
- Marsh, A., Glick, M. y Zigler, E. (1981). Premorbid social competence and the "revolving door" phenomenon in psychiatric hospitalization. J. Nerv. Ment. Dis., 169: 315-319.
- Marshall, W. L. (1973). Cognitive functioning in schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 123: 413-423.
- McCabe, M. (1975). Demographic differences in functional psychoses. Brit. J. Psychiat., 127: 320-323.
- McConaghy, N. (1960). Modes of abstract thinking and psychosis. American Journal of Psychiatry, 117: 106-110.
- McCormick, D. J., y Broekema, V. J. (1978). Size estimation, perceptual recognition, and cardiac rate response in acute paranoid and nonparanoid schizophrenics. Journal of Abnormal Psychology, 87: 385-389.
- McDowell, D., Reynolds, B. y Magaro, P. (1975). The integration defect in paranoid and non paranoid schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 84:629-639.

- McGhie, A. (1970). Attention and perception in schizophrenia. En B. Maher .(Ed.): Progress in Experimental Personality Research, Vol. 5. Londres: Academic Press.
- McGuie, A., Chapman, J., y Lawson, J.S. (1965). The effect of distration on schizophrenic perfomance. British Journal of Psychiatry, 111: 383-391.
- McKinnon, T., y Singer, G. (1969). Schizophrenia and the scanning cognitive control: a reevaluation. Journal of Abnormal Psychology, 74: 242-249.
- McReynolds, P. (1960). Anxiety, perception and schizophrenia. En Jackson, D. (EDS.). Etiology of schizophrenia. New York: Basic Books, pag. 248.
- McReynolds, P., Collins, B., y Acker, M. (1964). Delusional and cognitive organization in schizophrenia. Journal of Abnormal and Social Psychology, 69: 210-212.
- Mednick, S.A. (1962). The associative basis of the creative process. Psychological Review, 69: 220-232.
- Meerloo, J. A. M.(1949) Delusions and Mass Delusions. Nerv. Ment. Dis.Monogr., no. 79.
- Meichenbaum, D. (1966). The effects of instrutions and reinforcement on thinking and language behavior in schizophrenics. J. of Abnorm. Psychol., 71: 233-264.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive Behavior Modification. New York: Plenum.

- Meissner, W. (1978). The paranoid Process. New York: Aronson
- Meissner, W. (1981). The schizophrenic and paranoid process. Schiz. Bull. 7: 611-631.
- Melcalpine, I. y Hunter, R. A. (1955). Daniel Paul Schreber Memoirs of my Nervous Illness. Translated, Edited with Introductions Notes and Discussions: Wm. Dawson & Sons Ltd., London.
- Mendels, J. (1970). Concepts of Depression. New York: John Wiley
- Meyer, A. (1913). The treatment of paranoid states. En W. White y S. Jelliffe (Eds.), Modern Treatment of Nervous and Mental Diseases: Filadelphia: Lea & Febiger, Vol. 1; pág. 614.
- Meyer, A. (1951). The Collected Papers of Adolph Meyer. E. E. Winters (Ed.), Baltimore: John Hopkins Press. 1: 495.
- Miller, B. (1974). Semantic misinterpretations of ambiguos communications in schizophrenia. Arch. of Gen. Psychiatry, 30: 435-440.
- Mishler, E., y Waxler, W. E. (1966). Family interaction process and schizophrenia: a review of current theories. International Journal of Psychiatry: 2: 375-413.
- Mishler, E., y Waxler, W. E. (1968). Interaction in Families: an experimental study of family processes and schizophrenia. New York: Wiley.
- Muro, A. (1982). Paranoia revisted. British Journal of Psychiatry, 141: 344-349.

- Neale, J. Davis, D. y Cronwell, R. (1971). Size estimation in schizophrenia: some additional controls. Percept. Mot. Skills., 32: 363-367.
- Neale, J. y Cronwell, R. (1968). Size estimation in schizophrenics as a functions of stimulus presentation time. J. Abnorm. Psychol., 73: 44-48.
- Neale, J., y Oltmanns, T. (1980). Schizophrenia. New York: John Wiley.
- Neisser, U. (1967). Cognitive Psychology. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Neisser, U. (1976). Cognition and Reality. San Francisco: Freeman. Traducción al castellano como (1981). Procesos Cognitivos y Realidad. Madrid, España : Ediciones Marova. Traducción realizada por Manuel Ato García.
- Nierderland, W. G. (1951). Three note on the Schreber case. Psychoanalytic Quarterly, 20: 579-591
- Nierderland, W. G. (1959). Schreber: Father and son. Psycholanalytic Quarterly, 28: 151-169.
- Nierderland, W. G. (1960). The miracled-up world of Schreber's childhood. Psychoanalytic Quarterly, 29: 301-304.
- Nierderland, W. G. (1963). Further data and memorabilia pertaining to the Schreber case. International Journal of Psyc-analysis, 44: 201-207.
- Nierderland, W. G. (1968). Schreber and Flechsig: A further contribution to the "kermel of truth in

Schreber's delusional system." Journal of American Psychoanalytical Association, 16: 740-749.

Noyes, A. P., Kolb, L. C. (1963). Modern Clinical Psychiatry, Philadelphia Pa: W. B. Saunders Company.

Nydegger, Rudy V. (1972). The elimination of hallucinatory and delusional behavior by verbal conditioning and assertive training: a case study. Journal of Beh. Ther. and Exp. Psychiat., 3: 225-227.

Nydes, J. (1963). The paranoid-masochistic character. Psychoanal. Rev., 50: 215-251.

Obiols, J. E. ,y Obiols J. (1989). Esquizofrenia. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca, S.A.

O'Connor, N., y Rawsley, K. (1959). The acquisition of two types of conditioned responses. Journal of Abnormal Social Psychology, 58: 157.

Osgood, C. E. (1957). Motivational dynamics of language behavior. En M. R. Jones (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln: University of Nebraska.

Overall, J. E.,y Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports, 10: 799-812.

Ovesy, L. (1955). The pseudohomosexual anxiety. Psychiatry, 18: 17.

- Ovesy, L. (1955 b). Pseudohomosexuality, the paranoid mechanism and parnoia. Psychiatry, 18: 163_ 173.
- Patterson, K., y Bradshaw, J. L. (1975). Differential hemispheric mediation of nonverbal visual stimuli. Journal of Experimental Psychology: Human perception and performance, 1: 266-252.
- Payne, C. R. (1913-14). Some Freudian Contributions to the Paranoia Problem. Psychoanal., Rev. 1, 76-93, 187-202, 308-321, 445-451.
- Payne, C. R. (1915). Some Freudian Contributions to the Paranoia Problem.(Continued). Psychoanal., Rev., 2, 93-101, 200-202.
- Payne, R. ,y Caird, W. (1967). Reaction time, distractibility, and overinclusive thinking in psychotics. J. Abnorm. Psychol., 72: 112-121.
- Payne, R. Matussek, P., y George, E. (1959). An experimental study of schizophrenic thought disorder. J. Ment. Sci., 105: 627-652.
- Payne, R. W. (1961). The measurement and significance of overinclusive thinking and retardation in schizophrenic patients. En Hock, P. H. and I. Zubin (Eds.) Psychopathology of Schizophrenia. New York: Grune and Strantton.
- Payne, R. W. , Caird, W. K. , Laverty, S. G. (1964). Overinclusive thinking and delusions in schizophrenic patients. Journal of Abnormal and Social Psychology, 68: 561-566.

- Pavlov, I., P. (1934). An attempt at a physiological interpretation of obsessional neurosis and paranoid. J. Ment. Sci., 80: 187.
- Phillips, L., y Zigler, E. (1961). Social competence: the action-thought parameter and vicariousness in normal and pathological behaviors. J. Abnorm. Psychol., 62: 137-146.
- Piaget, J. (1950). The Psychology of Intelligence. New York: Harcourt Brace.
- Piaget, J. (1952). The Origins of Intelligence in Children. New York: International Universities Press.
- Piaget, J. (1954). The Construction of Reality in the Child. New York: Basic Books.
- Pick, A. D. (1965). Improvment of visual and tactual form discrimination. Journal of Experimental Psychology, 69: 331-339.
- Planasky, K., y Johntson, R. (1962). The incidence and relationship of homosexual features in schizophrenia. J. Ment. Sci. 108: 604
- Polyakov, U. F. (1969). The experimental investigation of cognitive functioning in schizophrenia. En M. Cole y Maltzman (Eds.), A Handbook of Contemporary Soviet Psychology. New York: Basic Book.
- Pope, H., Jr. y Lipinki, J. (1978). Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness. Arch. Gen. Psychiat., 35: 811-828.

- Price, R. y Eriksen, C. (1966). Size constancy in schizophrenia. J. Abnormal Psychology, 71: 155-160.
- Preston, C. W. y Drew, C. J. (1974). Verbal performance of learning disabled children as a function of input organization. Journal of Learning Disabilities, 7: 424-428.
- Rappaport, D., Gill, M. M., y Schafer, R. (1968). Diagnostic Psychological Testing. New York: International Press.
- Rappaport, M. et al. (1971). Phenothiazine effects on auditory signal detection in paranoid and nonparanoid schizophrenics. Science, 174.: 723-725.
- Rappaport, M., Hopkins, H., y Hall, K. (1972). Auditory signal detection in paranoid and nonparanoid schizophrenics. Arch. Gen. Psychiat., 27: 747-752.
- Rappaport, M., y Hopkins, H. (1969). Drugs effects on auditory attention in paranoid and nonparanoid schizophrenics. J. Nerv. Ment. Dis., 148: 597-605.
- Raskin, L. M. y Baker, G. P. (1975). Tactual and visual integration in the learning process: Research and implications. Journal of Learning Disabilities, 8: 51-55
- Raush, H. (1952). Perceptual constancy in schizophrenia. J. Pers., 21: 176-187.
- Resneck, H. (1974). Proprioceptive and auditory sensory dysfunction in schizophreni: a signal

- detection analysis. Unpublished doctoral dissertation. University of Wisconsin.
- Retterstöl, N. (1966). Paranoid and Paraiac Psychoses. Springfield Ill.: Thomas.
- Retterstöl, N. (1975). Nosological aspects of paranoid psychoses. Psychiat. Clin. 8: 20-30. (Resumen, el original está en alemán)
- Rickard, H. C., Digman, P. J., y Horner, R. F. (1960). Verbal manipulation in q psychotherapeutic relationship. Journal of Clinical Psychology, 16: 364-367.
- Ritzler, B. (1981). Paranoia-prognosis and treatment: a review. Schiz. Bull., 7: 710-728.
- Ritzler, B., y Smith, M. (1976). The problem of diagnostic criteria in the study of the paranoid subclassification of schizophrenia. Schiz. Bull., 2: 209-217.
- Rosenthal, R., y Bigelow, L. B. (1972). Quantitative brain measurements in chronic schizophrenia. Disertación doctoral inédita. Universidad de Missouri.
- Ross, M. B., y Magaro, P. (1976). Cognitive Differentiation between paranoid and nonparanoid schizophrenics. Psycho.Reports., 38: 991-994.
- Roy, A. (1980). Depression in chronic paranoid schizophrenia. Brit. J. Psychiat., 137: 138-139.
- Ruiz - Vargas, José M. (1987). Esquizofrenia: Un Enfoque Cognitivo. Madrid: Alianza Editorial, S. A.

- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovac, M. et al. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. Cognitive Therapy and Research, 1: 17-37
- Ryan, E. D., y Foster, R. (1967). Athletic participation and perceptual augmentation and reduction. Journal of Personality and Social Psychology, 6: 472-476.
- Sakitt, B. (1975). Locus of short-term visual storage. Science, 190: 1,318-1,319.
- Salzinger, K., y Salzinger, S. (1973) Behavior theory for the study of psychopathology. En M. Hammer, et al. (eds.). Psychopathology: Contribution from the social, behavioral, and biological sciences. New York: Wiley.
- Salzman, L. (1960). Paranoid state: theory and therapy. Arch.Gen. Psychiat., 2: 679-693.
- Sarbin, T.,y Mancuso, J. (1980). Schizophrenia: Medical Diagnosis or Moral Verdict? New York: Pergamon Press.
- Sarvis, M. A. (1962). Paranoid state reactions. Perceptual distortion as an etiological agent. Arch. Gen. Psychiat., 6: 157.
- Saucer, R. T., y Deabler, H. L. (1956). Perception of apparent motion in organics and schizophrenics. Journal of Consulting Psychology, 20: 385-389.
- Saucer, R. T. (1958). A further study of the perception of apparent motion by schizophrenics. Journal of Consulting Psychology, 22: 256-258.

- Saucer, R.T. (1959). Chlorpromazine and apparent motion in organics and schizophrenics. Journal of Consulting Psychology, 20: 385-389.
- Schafer, R. (1948). The Clinical Application of Psychological Tests. New York: International Universities Press.
- Schafer, R. (1954). Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing: Theory and Applications. New York: Grune & Stratton.
- Schlossberg, A. y Rattok, Y. (1974). The autokinetic phenomenon in schizophrenics. Isr. Ann. Psychiat Rel. Discip., 12: 138-144.
- Schimdeberg, M. (1931). Contributions to the psychology of persecutory ideas and delusions. Int. Journal Psychoanalysis, 12: 331.
- Schmidt, H. O., y Fonda, C. P. (1956). The reliability of psychiatric: A new look. Journal of Abnormal and Social Psychology, 52: 262-267.
- Schneider, S.J. (1976). Selective attention in schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 85: 167-173.
- Schneider, W., y Shiffrin, R. M. (1977). Controlled and automatic human information processing: I. Detection, search, and attention. Psychological Review, 84: 1-66.

- Schwartz, B D. y Winstead, D. K. (1988). Visible persistence in paranoid schizophrenics. Biological Psychiatry. vol. 23(1) :3-12.
- Schwartz, D. (1963). A review of the "paranoid" concept. Arch. Gen. Psychiat., 8: 349-361.
- Scott, U. A. (1969). Structure of natural cognitions. Journal of Personality and Social Psychology, 12: 261-278.
- Searles, H. F. (1961). The sources of anxiety in paranoid schizophrenia. Brit. J. Med. Psychol., 34: 129.
- Searls, H. (1959). The effort to drive the other person crazy- an element in the etiology and psychotherapy of schiphrenia. British Journal of Medical Psychology, 32, 1- 18.
- Semmes, J. (1968). Hemispheric specialization: a clue to mechanism. Neuropsychologia, 6: 11-26.
- Sexton, M. (1945). The autokinetic test: its value in psychiatric diagnosis and prognosis. Amer. J. Psychiat., 102: 399-402.
- Shakow, D. (1962). Segmental set. Arch. Gen. Psychiat. 6: 17
- Shakow, D. (1963). Psychological deficit in schizophrenia. Behav.Sci. 8: 275-305.
- Shakow, D., y McCormick,M. (1965). Mental set in schizophrenia studied in a discrimination reaction setting. Journal of Personality and Social Psychology, 11: 88-95.

- Shapiro, D. (1965). Neurotic Styles. New York: Basic Books.
- Shapiro, S. (1981). Contemporary Theories of Schizophrenia. New York: McGraw-Hill.
- Shemberg, K. M., y Leventhal, D. B. (1984). Conceptualization and Treatment of Paranoid Schizophrenia: A Deficit- Discontinuity View. Psychotherapy, 21(3): 370-376
- Shiffrin, R. M. y Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending and a general theory. Psychological Review, 84: 127-190.
- Shockley, F. M. (1913). The Role of Homosexuality in the Genesis of Paranoid Conditions. Psychoanal. Rev., 14, 1, 431-438.
- Sieber, J. E. y Lanzetta, J. T. (1966). Some determinants of individual differences in predecision information processing. Journal of Personality and Social Psychology, 4: 561-571
- Siegel, S., y Castellan, N. J. (1988). Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences. McGraw-Hill Book Company, Inc. Second Edition.
- Siegel, E. (1953). Genetic parallels of perceptual structuralization in paranoid schizophrenia: an analysis by means of the Rorschach technique. J. Project. Techniq., 17: 151-161.
- Silverman, J. (1964) The problem of attention in research and therapy in schizophrenia. Psychol. Rev., 71: 383-393.

- Silverman, J. (1964). Scanning-control mechanism and "cognitive filtering" in paranoid and nonparanoid J. Consult. Psychol., 28:385,1964.
- Silverman, J. (1967). Variations in cognitive control and psychophysiological defense in schizophrenias. Psychosom. Med., 29: 225-245.
- Silverman, J. , Berg, P. S. y Kantor, R. (1965). Some perceptual correlates of institucionalization. J. of Nerv. and Ment. Dis., 141: 651-657.
- Silverman, J., Buchsbaum, M., y Henkin, J. (1972). Citado en Silverman, Stimulus intensity and psychological disease. Psychopharmacologia, 24: 42-80.
- Singh, M. M., y Kay, S. R. (1978). Psychobiological significance of schizophrenia subtypes. Ponencia presentada en el 2 do Congreso Mundial sobre Psiquiatría Biológica, Barcelona, España.
- Snyder, S. (1961). Perceptual closure in acute paranoid schizophrenics. Arch. Gen. Psychiat., 5: 406-410.
- Solomon, G., y Suppes, J. S. (1972). Learning to generate subjective uncertainty: Effects of training, verbal activity and stimulus structure. Journal of Personality nad Social Psychology, 23:163-174.
- Sperry, R. W. (1973). Lateral specialization of cerebral function in surgically separated hemispheres. En F. J. Mc Guigan y R. A Schoonover, (Eds.), The psychophysiology of thinking. NeW York: Academic Press.

- Stephen, I. (1978). Handbook in Research and Evaluation. San Diego, California: Edits Publishers.
- Strauss, J. (1969). Hallucinations and delusions as points on continua function. Arch. Gen. Psychiat., 21: 581-586.
- Strauss, J. (1979). Social and cultural influences on psychopathology. Ann. Rev. Psychol., 30: 397-415.
- Strauss, J., Fouremann, W., y Parwatikar, S. (1974). Schizophrenics' size estimation of thematic stimuli. Journal of Abnormal Psychology, 76: 276-278.
- Strauss, J., Sirotkin, R., y Grisell, J. (1974). Length of hospitalization and rate of readmission of paranoid and nonparanoid schizophrenics. J. Consult. Clin Psychol., 42: 105-110.
- Strauss, J., y Carpenter, W. (1981). Schizophrenia. New York: Plenum Press.
- Strecker, E. A., Palmer, H., D., y Greenwood, J. (1934). Paranoid reaction type. Med. Clin. N. Amer., 18: 353.
- Sullivan, H. S. (1953). The Interpersonal Theory of Psychiatry. New York: Norton.
- Sullivan, H. S. (1956). Clinical Studies in Psychiatry. New York: Norton.
- Sullivan, H. S. (1956). The Psychiatry Interview. New York: Norton.

- Sullivan, H. S. (1963). Estudios Clínicos de Psiquiatría. Editado por Helen Swick Perry, Mary Laad y Marta Gibbon. Buenos Aires: Editorial Psique. Traducción del inglés por Anibal Leal.
- Swanson, D., W., Bohnert, P. J., y Smith, J. (1974). EL Mundo Paranoide. Madrid: Editorial Labor. Traducción del inglés a cargo de los Dres. Luis Sánchez y J. Obiols Vié.
- Swanson, D.W. y Swanson, D. K. (1986). Paranoid Disorders: The Soviet Viewpoint. Am. J. Psychiat. 143:7.
- Taylor, M. (1972). Schneiderian first-rank symptoms and clinical prognostic features in schizophrenic. Arch. Gen. Psychiat., 26: 64-67.
- Taylor, M., y Abrans, R. (1973). The phenomenology of mania: a new look at some old patients. Arch. Gen. Psychiat., 29: 520-522.
- Taylor, M. y Abrans, R. (1975). Acute mania: clinical and genetic study of responders and non responders to treatments. Arch. Gen. Psychiat., 38: 800-802.
- Taylor, M. y Abrams, R. (1981). Prediction of treatment response in mania. Arch. Gen. Psychiat., 38: 800-802.
- Thorn, F. C. (1953). The frustration-anger-hostility states: A new diagnostic classification. J. Clin. Psychol., 9: 334.

- Thorner, H. A. (1949). Notes on a Case of Male Homosexuality. Int. J. Psychoanal., 30, 31-47.
- Todd, F.F. ,y Hammond, K.L. (1965). Differential feedback in two multiple-cue learnig tasks. Behavioral Science, 10: 429-435.
- Torrey, E. (1981). The epidenmiology of paranoid schizophrenia. Schiz. Bull., 7: 588-593.
- Trapp, C. y James, E. (1937). Comparative intelligence ratings in the four types of dementia praecox. J. Nerv. Ment. Dis. 86: 399-404.
- Trevarthen, C. (1974). Functional relations of disconneted hemispheres with brain stem, and with each other: Monkey and man. En E. Kinsbourne Yy W. L. Smith (Eds.), Hemispheric disconnection and cerebral functions. Springfield, Ill: Charles C. Thomas.
- Tsuang, M., y Winokur, G. (1974). Criteria for subtyping schizophrenia: clinical differentiatiiion of heberphrenic and paranoid schizophrenia. Arch. Gen. Psychiat, 31: 43-47.
- Tucker, J., Vuchinich, R., y Sobell, M. (1981). Alcohol consumption as a self-handicapping strategy. J. Abnormal Psychol. 90: 220-230.
- Turk, D. C., y Salovey, P. (1985). Cognitive structures, cognitive progress and cognitive-behavior modification: I. Client issues. Cognitive Therapy and Research, 9: 1-17.
- Tyhurst, L. (1951). Displacement and Migration. Amer. J. Psychiatry, 107: 561-568.

- Tyree, P., Lee, I., y Trtter, C. (1981). Physiological Characteristics of Tremor after Chronic Lithium Therapy. Brit. J. Psychiat. 139: 59-61.
- Ullmann, L. y Krasner, L. (1969). A Psychological Approach to Abnormal Behavior, Englewood Cliffs, N. J.: Printice Hall. y la 2 da. ed. (1975).
- Van Vanlkenburg, C.,y Winokur, G. (1984). Hypertension and Paranoia. Am. J. Psychiat., 141: 8
- Venables, P. (1964). Input dysfuction in schizophrenia. En B. Maher, (Ed.) Progress in Experimental Personality Research, New York: Academic Press.
- Venables, P. ,y O"Connor, N. (1959). A short scale for rating paranoid schizophrenia. J. Ment. Sci. 105: 815-818.
- Vojtisek, J. (1976). The influence of an interpolated stimulus on the size estimation performance of schizophrenic subgroups. Dissert. Abstr. Intern. 36: 5290-5291.
- Vojtisek, J. E. y Magaro, P. (1974). The two factors present in the Embedded Figures Test and suggested short form Vol. 31. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Wagner, B.R. (1968). The training of attending and abstracting responses in chronic schizophrenics. Journal of Experimental Research in Personality. 3: 77-88
- Waelder, R. (1951). The structure of paranoid ideas.. Int. J. Psychoanal. 32: 167.

- Walters, O. S. (1955). A methodological critique of Freud's Schreber analysis. Psychoanalytic Review, 42: 321- 342.
- Wallace, A. F. C., y Folgeson, R. D. (1965). The identity Struggle. En Boszormenyi-Nagy, J., y Framo, J. R. (eds.). Intensive Family Therapy. New York: Harper and Row, 365- 404.
- Wapner, S., y Werner, H. (1957). Perceptual Development. Worcester: Clark University Press.
- Watson, C. y Baugh, V. (1966). Patterns of psychiatric patients on the revised Beta Examination. J. Clin. Psychology, 22: 188-190.
- Watts, F. N., Powell, G. E., Austin, S. V. (1973). The modification of abnormal beliefs. Brit. J. Med. Psychol, 46: 359-363.
- Weckowitz, T. (1957). Size constancy in schizophrenic patients. J. Ment. Sci. 103: 475-486.
- Weckowitz, T., Blewett, D. (1959). Size constancy and abstract thinking in schizophrenic patients. J. Ment. Sci., 105: 909-934.
- Weiner, J. (1966). Psychodiagnosis in Schizophrenia. New York: Wiley.
- Weinstein, E. A. (1962). Cultural Aspects of Delusions. New York: The Free Press of Glencoe.
- Werner, H. (1970). New Understandig of Human Behavior: Non Freudian Readings from

Professional Journal, 1960- 1968. New York:
Association Press.

- William, Janice G. (1988). Cognitive intervention for paranoid personality disorder. Psychotherapy, Vol. 25(4): 570-575.
- Wincze, J. P., Leitenberg, H. et al. (1972). The effects of token reinforcement and feedback on the delusional verbal behavior of chronic paranoid schizophrenics. Journal of Applied Behavior Analysis, 5: 247-253.
- Winokur, G. et al. (1974). Iowa 500: the clinical and genetic distribution of heberphrenic and paranoid schizophrenia. J. Nerv. Ment. Dis., 159: 12-19.
- Wittenborn, J. (1977). Stability of symptom rating for schizophrenic men. Arch. Gn. Psychiat., 34: 437-440.
- Wolff, Richard (1971). The systematic Application of satiation procedure to delusional verbiage. The Psychological Record, 21: 459-463.
- Wurmser, L. (1980). Review of Paranoid Process by W.W. Meissner. J. Nerv. Ment. Dis., 168: 319-320.
- Youkilis, H. y De Wolfe, A. (1975). The regression hypothesis and subclassifications of sccizophrenia. J. Abnormal Psychology, 84: 36-40.
- Young, M. L., y Jerome, E. A. (1972). Problem-solving performance of paranoids and nonparnoids schizophrenics. Archives of General Psychiatry, 26: 442-444

- Zamansky, H. S. (1956). A Technique for Assessing Homosexual Tendencies. J. Pers., 24, 436-448.
- Zamansky, H. S. (1958). An Investigation of the Psychoanalytic Theory of Paranoid Delusions. Journal of Personality, 26: 410-425.
- Zapparoli, G. C. (1969). La Psicoanalisi del Delirio. Milano: Casa Ed. Valentino Bompiani. Monte Avila Editors, C. A..Versión castellana a cargo de Rosa Moreno Roger.
- Zax, M., y Emory L. Cowen. (1976). Abnormal Psychology Changing Conceptions. Holt, Rinehart y Winston, Inc. New York.
- Zetzel, E. R. (1956). An approach to the relation between concept and content in psychoanalytic theory. Psychoanalytic Study of the Child, 11: 99-121.
- Zigler, E., Levine, J., y Zigler, B. (1976). The relation between premorbid competence and paranoid-nonparanoid status schizophrenia: a methodological and theoretical critique. Schiz. Bull., 83: 303-313.
- Zigler, E., y Levine, J. (1983). Hallucinations vs. delusions: a developmental approach. J. Nerv. Ment. Dis., 171: 141-146.
- Zigler, E., y Marion G. (1984). Paranoid Schizophrenia: An Unorthodox View. Amer. J. Orthopsychiat., 54:1.

Zigler, E., y Phillips, L. (1960). Social effectiveness and symptomatic behavior. J. Abnorm. Soc. Psychol., 61: 231-238.

Zimbardo, P., Andersen, S., y Kabat, L. (1981). Induced hearing deficit generates experimental paranoia. Sciences, 212: 1529-1531.

Zinser, O. (1987). Psicología Experimental. Mc Graw-Hill Latino Americana, S.A. Colombia.

LISTA DE APENDICES

APENDICE A Escala Maine o The Maine Scale of Paranoid
 and Nonparanoid Schizophrenia

The Maine Scale of Paranoid and Nonparanoid Schizophrenia

Scoring Criteria:

How to score the Maine Scale. First sum the scores for questions 1, 3, 5, 7, and 9 which is the paranoid score. The sum of the scores for questions 2, 4, 6, 8, and 10 is the nonparanoid score. A cut-off score of 12 for the paranoid scale and 10 for the nonparanoid scale with at least a three point difference between the paranoid and nonparanoid scores, is needed in order to classify the patient into one of these groups. If the patient scores higher on the nonparanoid than the paranoid scale and attains a score of 8 or 9 on the nonparanoid scale or if the patient scores higher on the paranoid than the nonparanoid scale and attains a score of 9, 10 or 11 on the paranoid scale, it is best not to use them in the research. The reasoning for this is that we have found that many of the patients with these scores have some type of psychotic hospital diagnosis which can lead to control groups which are not "pure." It has been our experience that using a cut-off of 7 on the paranoid scale and 6 on the nonparanoid scale provides a more clearcut control group of nonschizophrenics than by including the scores of 8-11 on the paranoid scale and 7-9 on the nonparanoid scale. Such scores could be included in the definition of the nonschizophrenic, however, this more liberal definition does not permit the greater separation between schizophrenics and nonschizophrenics which would be desirable for research purposes.

Peter A. Magaro
Psychology Dept.
The Ohio State University

1. Does he tend to suspect or believe on slight evidence or without good reason that people and external forces are trying to or now do influence his behavior, control his thinking?

1	2	3	4	5
No unjustified suspicions	Will admit suspicion when pressed	Easily admits suspicion	Openly states others are trying to control him	Has firm conviction that he is influenced or controlled

2. Does he have perceptions (auditory, visual) without normal external stimulus correspondence?

1	2	3	4	5
None	When pressed admits hallucinations	Easily admits hallucinations	Openly admits frequent hallucinations	Openly hallucinates

3. Does he tend to suspect or to believe on slight evidence or without good reason that some people are against him (persecuting, conspiring, cheating, depriving, punishing) in various ways?

1	2	3	4	5
No unjustified suspicions expressed	When pressed expresses belief that he suspect is conspired	Frequently inclined to suspect	Frank inclination to believe in persecution	Strongly expresses conviction of persecution

4. On the basis of the integration of the verbal productions of the patient, does he exhibit thought processes which are confused, disconnected or disorganized?

1	2	3	4	5
As normal	Slight disorganization	Mild disorganization	Marked disorganization	Complete disorganization

5. Does he have an exaggeratedly high opinion of himself or an unjustified belief or conviction of having unusual ability, knowledge, power, wealth or status?

1	2	3	4	5
No expressed high opinion of himself	When pressed expresses a high opinion of himself	Frequently expresses high opinion of himself	Open conviction of unusual power, wealth, etc.	Strongly expresses conviction of grandiose or fantastic power, wealth, etc.

6. How incongruous are his emotional responses? e.g., giggling or crying for no apparent reason or not showing any emotion when emotion would be appropriately shown.

1	2	3	4	5
As normal	Slightly different from normal	Responses somewhat incongruous	Distinctly incongruous	Very markedly incongruous

7. Does he tend to suspect or believe on slight evidence or without good reason that some people talk about, refer to or watch him?

1	2	3	4	5
No unjustified suspicions	Will admit suspicion	Easily admits suspicion	Openly states that he is watched	Has firm conviction of being watched

8. How well oriented is he as to time? For instance, does he know (a) the year; (b) the month; (c) the calendar year; (d) the day of the week; (e) how long he has been in hospital?

1	2	3	4	5
As normal	Occasional confusion	Slight confusion	Frequent confusion	Marked continuous confusion

9. Compared to others how openly hostile is he? Does he show hostility or a high degree of ill will, resentment, bitterness or hate?

1	2	3	4	5
No open hostility	Relatively little hostility	Some hostility	Rather hostile	Very hostile

10. Does he assume or maintain peculiar, unnatural, or bizarre postures?

1	2	3	4	5
None	On rare occasions	For short periods	Frequently	All the time

APENDICE B Hoja de Registros

HOJA DE REGISTROS

Categoría: Favor de marcar con una cruz el tipo de participante.

1. Esquizofrénico tipo paranoide, grupo experimental
2. Esquizofrénico no paranoide, grupo experimental

Tarea I : Atender a diversas señales.

Objetivo: Incrementar la concienciación hacia la señales ambientales.

Tipo de modalidad

1. **Propioceptiva.** Tres ejercicios con los ojos cerrados.

Ensayos tiempo 1er. ejercicio. Diez segundos, inculidos los 5 segundos de la inmovilización del brazo.

Brazo derecho, levantarlo hasta:

1. A la altura del hombro.

2. A la altura del hombro, doblarlo hacia arriba.

3. A la altura del lateral derecho de la cabeza.

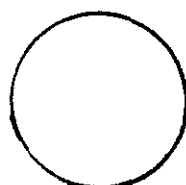
Tarea 1: Atender diversas señales

Modalidad: 2. Táctil - Forma - Tiempo de 90 segundos

Ensayos	Tiempo	Tipo de figura geométrica
---------	--------	---------------------------

_____	_____	
-------	-------	--

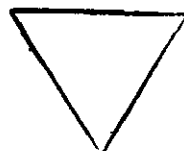
1.



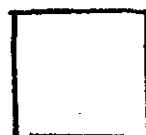
2.



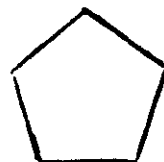
3.



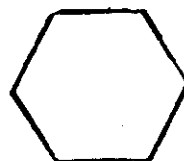
4.



5.



6.



7.



8.



9.



10.



Tarea 1: Atender diversas señales

Modalidad: 3. Táctil - Textura Tiempo de 63 segundos.

<u>Ensayos</u>	<u>Tiempo</u>	<u>Tipo de textura</u>
<u> </u>	<u> </u>	1. Plástico liso
		2. Goma rugosa
		3. Lana
		4. Caucho esponjoso
		5. Tela gruesa y rugosa
		6. Tela atelpada
		7. Algodón
		8. Tela fina y ligosa

Tarea 1: Atender diversas señales

Modalidad: **4. Visual** - Identificar 88 detalles.

<u>Ensayos</u>	<u>Tiempo requerido</u>	<u>No. Reactivos</u>	<u>No. Detalles</u>
_____	5 segundos por reactivo	1	2
_____	7 " " "	2	4
_____	9 " " "	3	5
_____	10" " "	4	7
_____	12" " "	5	10
_____	12" " "	6	12
_____	10" " "	7	12
_____	10" " "	8	12
_____	9" " "	9	12
_____	8" " "	10	12

Tarea 1: Atender diversas señales.

Modalidad: **5. Auditiva** - pareamiento entre sonido y reactivo visual. Ocho segundos por reactivo.

Ensayos	Tiempo	No. de reactivos visuales	Tipo de sonidos
_____	_____	2	1. Timbre telefónico
_____	_____	2	2. Auto en marcha
_____	_____	2	3. Motor de avión
_____	_____	2	4. Policía
_____	_____	3	5. Teclado de maquinilla
_____	_____	3	6. Aspiradora
_____	_____	3	7. Timbre de puerta
_____	_____	4	8. Alarma de reloj
_____	_____	4	9. Sonido de campanitas
_____	_____	4	10. Llanto de bebé

Tarea I : Atender diversas señales

Modalidad: **6. ~~Oraliva~~** Tiempo de 70 segundos.

Ensayos Tiempo

Tipo de olor

1. Menta

2. Agua de colonia

3. Café

4. Jazmin

5. Guineo

6. Laurel

7. Vinagre

Tarea I: Atender diversas señales

Modalidad: 7. **Sustentiva.** Tiempo de 20 segundos!

Ensayos	Tiempo	Tipo
_____	_____	1. Salado
		2. Dulce
		3. Amargo
		4. Agrio

II. Tarea: Discriminación

Modalidad: 1. **Prognóstica**

Ensayos	Tiempo requerido	¿Cuál no es igual?
_____	10 segds.	1. 4' - 7' - 4'
_____	20 "	2. 8' - 6' - 6'
_____	20 "	3. 8' - 8' - 6'
_____	30 "	4. 12' - 10' - 12'
_____	35 "	5. 15' - 15' - 13'

Ensayos	Tiempo requerido	¿Cuál es igual?
_____	15 segds.	1. 5' - 8' - 5'
_____	20 "	2. 8' - 8' - 5'
_____	20 "	3. 9' - 6' - 9'
_____	30 "	4. 9' - 7' - 7'
_____	35 "	5. 10' - 9' - 10'

Tarea II: Discriminación

Modalidad: 2. ~~Táctil~~ = ~~tactura~~ - colores identifican a las texturas. Cinco segundos por reactivo.

Ensayos	Tiempo	¿Cuál no es igual?
_____	_____	1. Azul - Azul - Transparente
_____	_____	2. Marrón - Marrón - Blanco
_____	_____	3. Amarillo - Blanco - Blanco
_____	_____	4. Verde - Dorado - Dorado
_____	_____	5. Amarillo - Verde - Amarillo
_____	_____	6. Transparente - Transparante - Amarillo Brilloso
_____	_____	7. Blanco - Azul - Azul

- | | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | 8. Amarillo - Amarillo Brilloso - Amarillo |
| _____ | _____ | 9. Amarillo - Marrón - Amarillo |
| _____ | _____ | 10. Amarillo Brilloso - Azul - Azul |

Tarea II. Discriminación

Modalidad 3. ~~Tiempo~~ = ~~Texturas~~ - los colores identifican a las texturas. Cinco segundos por reactivo.

- | Ensayos | Tiempo | ¿Cuáles son iguales? |
|---------|--------|--|
| _____ | _____ | 1. Azul - Transparente - Azul |
| _____ | _____ | 2. Blanco - Marrón - Marrón |
| _____ | _____ | 3. Amarillo - Amarillo - Blanco |
| _____ | _____ | 4. Dorado - Verde - Dorado |
| _____ | _____ | 5. Verde - Amarillo - Amarillo |
| _____ | _____ | 6. Amarillo Brilloso - Transparente - Transparente |
| _____ | _____ | 7. Azul - Blanco - Azul |
| _____ | _____ | 8. Amarillo - Amarillo - Amarillo Brilloso |
| _____ | _____ | 9. Amarillo - Marrón - Amarillo |
| _____ | _____ | 10. Amarillo Brilloso - Azul - Azul |

Tarea II: Discriminación

Modalidad: **4. Visual** - Proyección taquitoscópica al .250 milisegundos. Constancia en el color, varía en una forma.

Ensayos Tiempo Tiempo requerido ¿Cuál no es igual ? Diez ejercicios con tres figuras geométricas.

_____ 5 segundos

1.

_____ 5 "

2.

_____ 5 "

3.

_____ 5 "

4.

_____ 5 "

5.

_____ 5 "

6.

_____ 5 "

7.

_____ 5 "

8.

_____ 5 "

9.

_____ 5 "

10.

Tarea II: Discriminación

Modalidad: 5. **Visual**. Taquitoscopio al .250 milisedgs. - **Constante de la forma.**

Cinco segundos para cada reactivo.

Ensayos	Tiempo	<i>¿Cuál no es igual?</i> Cuatro ejercicios con cinco figuras
_____	_____	1. El segundo
_____	_____	2. La tercera silla.
_____	_____	3. La cuarta semi luna
_____	_____	4. La quinta escalera

Ensayos	Tiempo	<i>¿Cuál es igual al modelo?</i> Cuatro ejercicios con 4 figuras.
_____	_____	1. El tercero
_____	_____	2. El segundo
_____	_____	3. El último o el cuarto
_____	_____	4. El tercero

No hay constancia de la forma. Diez ejercicios.

364

Ensayos Tiempo

¿Cuál es igual al modelo? Búscalo entre 4 alternativas

Contestaciones correctas

- | | | |
|-------|-------|---------------------------------------|
| _____ | _____ | 1. La chaqueta; la primera. |
| _____ | _____ | 2. El lápiz; el segundo. |
| _____ | _____ | 3. El osito; el tercero. |
| _____ | _____ | 4. El caballo; el último. |
| _____ | _____ | 5. El avión; el primero. |
| _____ | _____ | 6. El zapato; el segundo. |
| _____ | _____ | 7. La botella; la tercera. |
| _____ | _____ | 8. El florero; el cuarto. |
| _____ | _____ | 9. El para de espejuelos; el primero. |
| _____ | _____ | 10. El televisor; el tercero. |

No hay constancia de la forma

Ensayos Tiempo

¿Cuál es igual al modelo? Búscalo entre 5 alternativas.

- | | | |
|-------|-------|-------------------------------------|
| _____ | _____ | 1. El tiesto; el tercero. |
| _____ | _____ | 2. La silla; la segunda. |
| _____ | _____ | 3. El ganso; el cuarto o el último. |

- | | | |
|-------|-------|-----------------------------|
| _____ | _____ | 4. El primer pájaro. |
| _____ | _____ | 5. El último banco. |
| _____ | _____ | 6. El segundo gallo. |
| _____ | _____ | 7. La última botella. |
| _____ | _____ | 8. El tercer perro. |
| _____ | _____ | 9. La cuarta maleta o caja. |
| _____ | _____ | 10. El primer reloj. |

Tarea II: Discriminación

Modalidad: ~~6. Audición~~ **6. Audición**. Cinco segundos por reactivo.

- | Ensayos | Tiempo | <i>¿Cuál no es igual?</i> |
|---------|--------|---------------------------|
| _____ | _____ | 1. DO - DO - LA |
| _____ | _____ | 2. RE - MI - RE |
| _____ | _____ | 3. MI - MI - DO |
| _____ | _____ | 4. FA - FA - DO |
| _____ | _____ | 5. SOL - SOL - RE |
| _____ | _____ | 6. FA - SI - SI |

Ensayos Tiempo

¿Cuál es igual al modelo o al primer sonido?

- | | | | |
|-------|-------|--------|---------------|
| _____ | _____ | 1. DO | RE - MI - DO |
| _____ | _____ | 2. SOL | LA - SOL - FA |
| _____ | _____ | 3. RE | SOL - MI - RE |
| _____ | _____ | 4. MI | MI - LA - FA |
| _____ | _____ | 5. FA | LA - FA - DO |
| _____ | _____ | 6. SI | MI - SOL - SI |
| _____ | _____ | 7. LA | FA - RE - LA |

Tarea II: DiscriminaciónModalidad: 7. ~~Discriminación~~ Cinco segundos por reactivo.

Ensayos Tiempo

¿Cuál no es igual?

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | 1. Limón - Ron - Limón |
| _____ | _____ | 2. Jabón de baño - Jabón de lavar - Jabón de baño |
| _____ | _____ | 3. Piña - Piña - China |
| _____ | _____ | 4. Recado - Oregano - Recado |
| _____ | _____ | 5. Anís - Clorox - Clorox |
| _____ | _____ | 6. Agua de colonia - "Dry Gin" - Agua de colonia |

Cinco segundos por reactivo.

Ensayos Tiempo

¿Cuál no es igual al modelo?

_____	_____	1. Sábila	Limon - Sábila - Sábila
_____	_____	2. Jabón de fregar	Jabón de fregar - Jabón de baño - Jabón de fregar
_____	_____	3. Naranja	Limón - Naranja - Naranja
_____	_____	4. Crema de coco	Crema de coco - Crema de coco - Ponche de crema
_____	_____	5. "Whisky"	"Whisky" - Ron - "Whisky"
_____	_____	6. Cebolla	Cebolla - Recado - Cebolla

Tarea II: DiscriminaciónModalidad: **8. Gustativa.** Cinco segundos por reactivo.

Ensayos Tiempos

¿Cuál no es igual?

_____	_____	1. Sal - Azucar - Sal
_____	_____	2. Limón - Toronja - Limón
_____	_____	3. Azucar - Sal - Azucar

3. Azúcar - Sal - Azúcar

4. Toronja - Limón - Toronja

Ensayos Tiempo ¿Qué sabe igual al otro? - Pareamiento.
Tiempo de 10 segundos

1. Azúcar

1. Sal

2. Sal

2. Toronja

3. Toronja

3. Limón

4. Limón

4. Azúcar

III. Tarea: Generar conjeturas, hipótesis u edivinar.

Modalidad 1. **Visual** - taquitoscopio, al 250 milisegundos.

Ensayos	Tiempo	Laminas	Numero de conjeturas
_____	10 segundos	1	2
_____	10	2	3
_____	10	3	3
_____	10	4	4

_____ 10	8	8
_____ 11	8	8
_____ 12	8	8
_____ 13	8	8
_____ 14	8	8
_____ 15	8	8
_____ 16	8	8
_____ 17	8	8
_____ 18	8	8
_____ 19	8	8
_____ 20	8	8
_____ 21	8	8
_____ 22	8	8
_____ 23	8	8
_____ 24	8	8
_____ 25	8	8
_____ 26	8	8
_____ 27	8	8
_____ 28	8	8
_____ 29	8	8
_____ 30	8	8
_____ 31	8	8
_____ 32	8	8
_____ 33	8	8
_____ 34	8	8
_____ 35	8	8
_____ 36	8	8
_____ 37	8	8
_____ 38	8	8
_____ 39	8	8
_____ 40	8	8
_____ 41	8	8
_____ 42	8	8
_____ 43	8	8
_____ 44	8	8
_____ 45	8	8
_____ 46	8	8
_____ 47	8	8
_____ 48	8	8
_____ 49	8	8
_____ 50	8	8
_____ 51	8	8
_____ 52	8	8
_____ 53	8	8
_____ 54	8	8
_____ 55	8	8
_____ 56	8	8
_____ 57	8	8
_____ 58	8	8
_____ 59	8	8
_____ 60	8	8
_____ 61	8	8
_____ 62	8	8
_____ 63	8	8
_____ 64	8	8
_____ 65	8	8
_____ 66	8	8
_____ 67	8	8
_____ 68	8	8
_____ 69	8	8
_____ 70	8	8
_____ 71	8	8
_____ 72	8	8
_____ 73	8	8
_____ 74	8	8
_____ 75	8	8
_____ 76	8	8
_____ 77	8	8
_____ 78	8	8
_____ 79	8	8
_____ 80	8	8
_____ 81	8	8
_____ 82	8	8
_____ 83	8	8
_____ 84	8	8
_____ 85	8	8
_____ 86	8	8
_____ 87	8	8
_____ 88	8	8
_____ 89	8	8
_____ 90	8	8
_____ 91	8	8
_____ 92	8	8
_____ 93	8	8
_____ 94	8	8
_____ 95	8	8
_____ 96	8	8
_____ 97	8	8
_____ 98	8	8
_____ 99	8	8
_____ 100	8	8

APENDICE C Inventario de Beck para medir la depresión.

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Nombre Fecha

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

- 1 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste.
 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
 1 Me siento desanimado de cara al futuro.
 2 Siento que no hay nada por lo que luchar.
 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3 0 No me siento como un fracasado.
 1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
 2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
 3 Soy un fracaso total como persona.
- 4 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
 3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
- 5 0 No me siento especialmente culpable.
 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 3 Me siento culpable constantemente.
- 6 0 No creo que esté siendo castigado.
 1 Siento que quizá esté siendo castigado.
 2 Espero ser castigado.
 3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7 0 No estoy descontento de mí mismo.
 1 Estoy descontento de mí mismo.
 2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
 3 Me detesto.

- 8 0 No me considero peor que cualquier otro.
1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2 Continualmente me culpo por mis faltas.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2 Desearía poner fin a mi vida.
3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- 10 0 No lloro más de lo normal.
1 Ahora lloro más que antes.
2 Lloro continuamente.
3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11 0 No estoy especialmente irritado.
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2 Me siento irritado continuamente.
3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
- 12 0 No he perdido el interés por los demás.
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
2 He perdido gran parte del interés por los demás.
3 He perdido todo interés por los demás.
- 13 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3 Me es imposible tomar decisiones.
- 14 0 No creo tener peor aspecto que antes.
1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15 0 Trabajo igual que antes.
1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- 16 0 Duermo tan bien como siempre.
1 No duermo tan bien como antes.
2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.

- 17 0 No me siento más cansado de lo normal.
1 Me canso más que antes.
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18 0 Mi apetito no ha disminuido.
1 No tengo tan buen apetito como antes.
2 Ahora tengo mucho menos apetito.
3 He perdido completamente el apetito.
- 19 0 No he perdido peso últimamente.
1 He perdido más de 2 kilos Estoy tratando intencionadamente.
2 He perdido más de 4 kgs. de perder peso comiendo menos.
3 He perdido más de 7 kgs. Sí No
- 20 0 No estoy preocupado por mi salud.
1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de estómago o los catarrros.
2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
- 21 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1 La relación sexual me atrae menos que antes.
2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3 He perdido totalmente el interés sexual.

Se prohíbe la reproducción sin permiso escrito del autor.

Se pueden obtener copias o el permiso para utilizar esta escala en:
CENTER FOR COGNITIVE THERAPY, Room 602, 133 South Street,
Philadelphia, Pa. 19104.

Copyright © 1978 by Aaron T. Beck, M. D.

APENDICE CH ESTADISTICAS

1. Coeficiente de correlación prueba y re prueba del Inventario Depresión de Beck en pacientes esquizofrénicos tipo paranoides y esquizofrénicos no paranoides.
2. Tabla con las puntuaciones iniciales y finales de los pacientes
Esquizofrénicos tipo Paranoides y
Esquizofrénicos no Paranoides en el Inventario Depresión de Beck.
3. Diagrama de Dispersión de los datos correspondientes al Inventario Depresión de Beck en los pacientes Esquizofrénicos Paranoides y no Paranoides.
4. Análisis de t muestras en la medida de los niveles depresivos antes y después:
 - 4.1 Descripción muestra paranoides antes del tratamiento magariano.

- 4.2 Descripción muestra paranoides.
antes del tratamiento no magariano.
- 4.3 Análisis de t apareada entre
muestras paranoides antes de los
tratamientos magariano y no
magariano.
- 4.4. Análisis de t apareada de dos
muestras de paranoides antes y
después del tratamiento magariano.
- 4.5 Análisis de t pareada de dos
muestras de paranoides antes y
después del tratamiento no
magariano.
- 4.6 Prueba de t pareada después del
tratamiento magariano y no
magariano
- 4.7 Análisis de la muestra de
paranoides después del
tratamiento no magariano.
- 4.8 Tabla con los datos relativos a las
puntuaciones en depresión antes y
después del tratameinto magariano
y no magariano.
- 5. Correlación interevaluadores de la
Escala Maine:

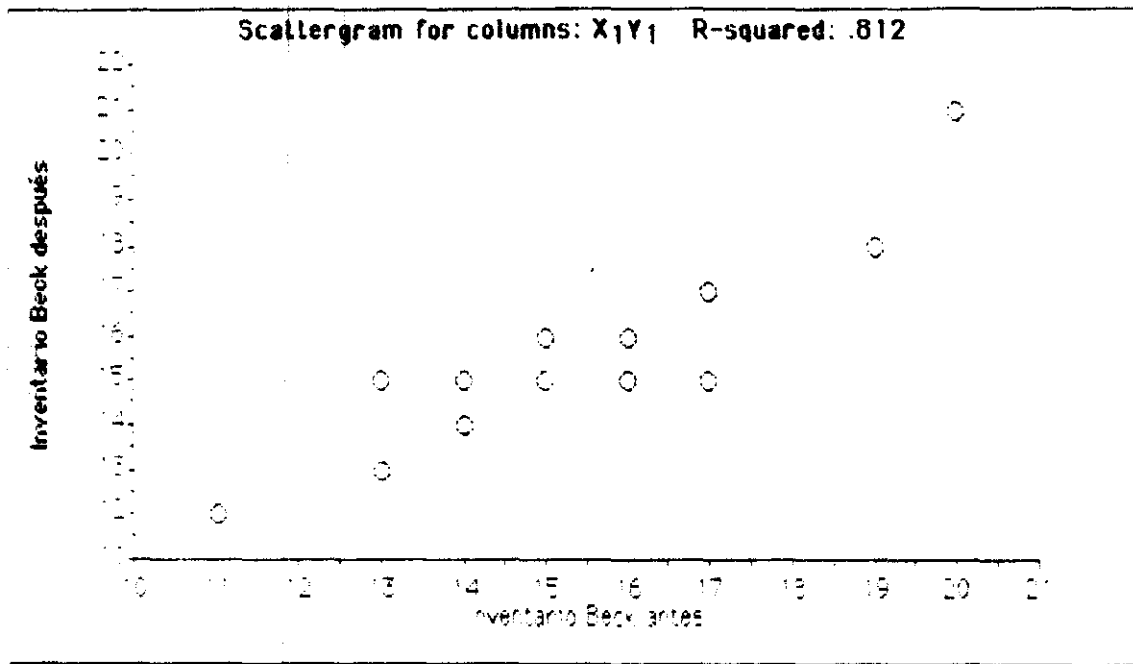
- 5.1 Dos estadísticas del coeficiente de correlación entre paranoides y no paranoides
- 5.2 Dos diagramas de dispersión.
- 5.3 Tabla con los datos.
6. Análisis de fiabilidad de la Escala Maine con el Modelo alfa del programa SPSSX.
7. Catorce análisis t de muestras independientes de la primera tarea por tiempos y ensayos.
 - 7.1 Siete tablas con las puntuaciones correspondientes a los tiempos y ensayos de los pacientes Esquizofrénicos Paranoides y no Paranoides.
8. Treinta análisis t de muestras independientes para la segunda tarea dividida en tiempos y ensayos.
 - 8.1 Quince tablas con las puntuaciones correspondientes a los tiempos y ensayos de los pacientes Esquizofrénicos Paranoides y no Paranoides.
9. Un análisis t de muestra independiente para la tercera tarea dividida en tiempo y ensayos.

- 9.1 Una tabla correspondiente al tiempo y ensayos de los pacientes Esquizofrénicos Paranoides y no Paranoides.
10. Análisis de varianza bifactorial de la medida final de síntomas Esquizofrénicos: Paranoides y no Paranoides.
 - 10.1 Tabla de datos o puntuaciones de la medida final de síntomas Esquizofrénicos Paranoides y no Paranoides
11. Análisis unifactorial de:
 - 11.1 De los cuatro grupos Paranoides y no Paranoides antes de los tratamientos magariano y no magariano.
 - 11.1.2 Tabla con las puntuaciones.
 - 11.2 De las medidas iniciales en síntomas Esquizofrénicos: Paranoides y no Paranoides.
 - 11.2.1 Tabla con las puntuaciones.

Corr. Coeff. X_1 : Inventario Beck antes Y_1 : Inventario Beck después

Count	Covariance	Correlation	Residuals
20	3.595	.901	.312

Inventario Beck antes	Inventario Beck después
X_i	Y_i
14	15
17	15
13	15
14	14
15	16
15	15
19	18
11	12
16	15
16	16
14	15
13	13
15	16
17	17
20	21
15	15
16	16
13	13
14	15
15	15



X1: Para Antes Rx M					
Mean	Std. Dev.	Std. Error	Variance	Coeff. Var.	Count
15.2	2.098	.663	4.4	13.9	10
Minimum	Maximum	Range	Sum	Sum Squared	# Missing
13	20	7	152	2350	0

X1: Para antes Rx ~M					
Mean	Std. Dev.	Std. Error	Variance	Coef. Var.	Count
15	2.211	.699	4.889	14.741	10
Minimum	Maximum	Range	Sum	Sum Squared	* Missing
11	19	8	150	2294	0

Paired t-Test X₁: Para Antes Rx M Y₁: Para antes Rx ~M

DF	Mean X - Y	Paired t value	Prob. (2-tail)
9	2	224	8276

Paired t-Test X₁: Para Antes Rx M Y₁: Para Des Rx M

DF	Mean X - Y	Paired t value	Prob. (2-tail)
9	-6.4	-8.552	.0001

Paired t-Test X₁: Para antes Rx "M Y₁: Para Des. Rx "M

DF	Mean X - Y	Paired t value	Prob. (2-tail)
9	-5	-6.1	.5571

Prueba t Grupos apareados después Rx Mago y no mago

Paired t-Test X ₁ : Para Des Rx M Y ₁ : Para Des. Rx ~M			
DF	Mean Difference	Paired t value	Prob (2-tail)
9	5.1	17.957	.0001

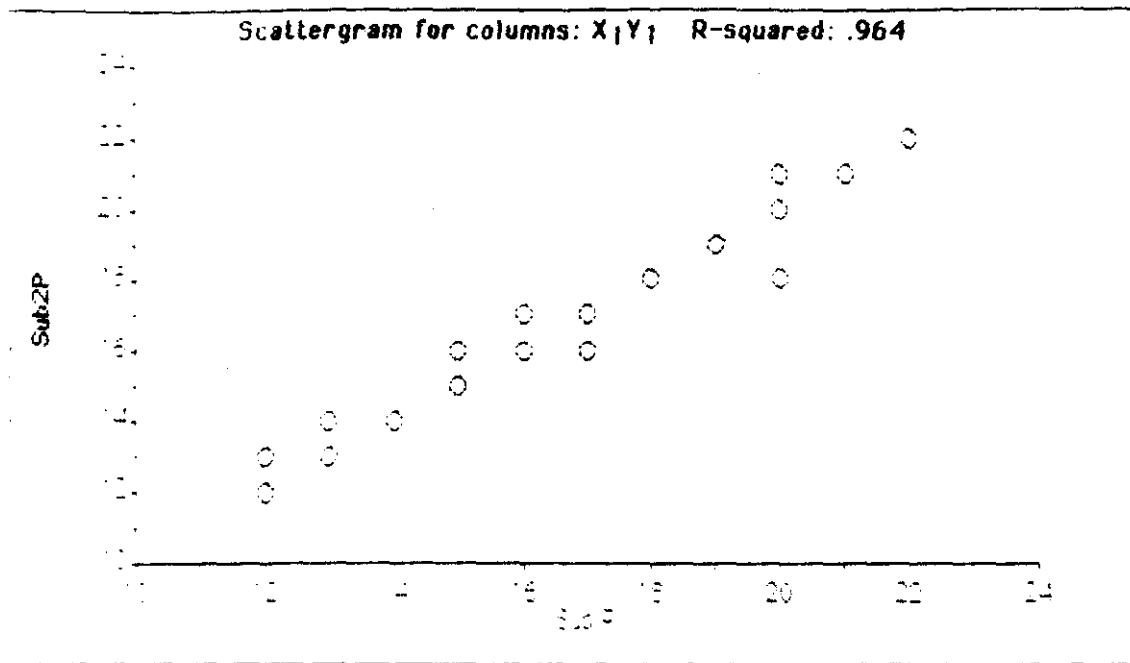
X1: Para Des Rx M					
Mean	Std. Dev.	Std. Error	Variancia	Coef. Var.	Count
21.6	2.011	.636	4.044	19.311	10
Minimum	Maximum	Range	Sum	Sum Squared	* Missing
19	24	5	1216	14702	0

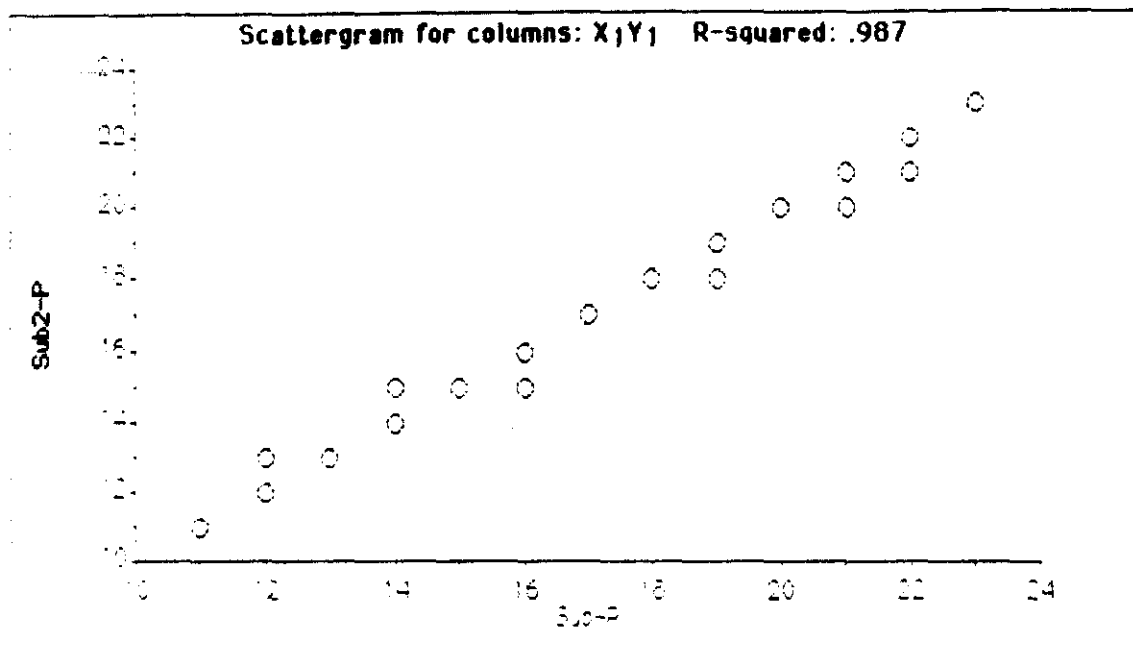
	Para Antes Rn M	Para antes Rn ~M	Para Des Rn M	Para Des. Rn ~M
		X _j		Y _j
1	14	14	21	15
2	13	17	23	13
3	15	13	20	15
4	17	14	19	18
5	20	15	24	19
6	15	15	21	15
7	16	19	24	17
8	13	11	19	13
9	14	16	21	15
10	15	16	24	15

Corr. Coeff. X ₁ : Sub P Y ₁ : Sub2P			
Count	Covariance	Correlation	Significance
40	7.908	.952	.984

Corr. Coeff. X1: Sub-P Y1: Sub2-P

Count	Covariance	Correlation	R-squared
40	10.58	.994	.987





	Sub P	Sub-P	SumaP-P	Sub2P	Sub2-P	SUMA 2P-2P
	X			Y		
1	18	23	41	18	23	41
2	17	22	39	16	21	37
3	15	21	36	15	20	35
4	16	20	36	16	20	36
5	17	22	39	16	22	38
6	14	19	33	14	19	33
7	16	21	37	16	21	37
8	15	22	37	15	22	37
9	15	20	35	16	20	36
10	14	19	33	14	19	33
11	13	19	32	14	18	32
12	13	17	30	13	17	30
13	15	19	34	15	19	34
14	12	17	29	13	17	30
15	14	18	32	14	18	32
16	12	17	29	12	17	29
17	12	16	28	13	16	29
18	14	18	32	14	18	32
19	15	19	34	15	19	34
20	13	17	30	13	17	30
21	19	13	32	19	13	32
22	20	14	34	21	14	35
23	21	15	36	21	15	36
24	22	17	39	22	17	39
25	19	14	33	19	14	33
26	21	15	36	21	15	36
27	20	16	36	18	15	33
28	19	15	34	19	15	34
29	18	14	32	18	15	33
30	21	16	37	21	16	37
31	19	13	32	19	13	32
32	21	17	38	21	17	38
33	20	16	36	20	16	36
34	15	11	26	15	11	26
35	16	12	28	17	13	30
36	17	13	30	17	13	30
37	19	12	31	19	12	31
38	14	11	25	14	11	25
39	17	13	30	17	13	30
40	16	12	28	16	12	28

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (DESPUES)

1. ITEM02
 2. ITEM04

3. ITEM06
 4. ITEM08
 5. ITEM10

CORRELATION MATRIX

	ITEM02	ITEM04	ITEM06	ITEM08	ITEM10
ITEM02	1.0000				
ITEM04	.6714	1.0000			
ITEM06	.5341	.4855	1.0000		
ITEM08	.7121	.5911	.5000	1.0000	
ITEM10	.8420	.6858	.3967	.7935	1.0000

OF CASES = 35.0

ITEM-TOTAL STATISTICS

	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
ITEM02	15.2000	2.5765	.8391	.7604	.8445
ITEM04	15.3143	2.8689	.7177	.5121	.8740
ITEM06	15.7143	3.6807	.5428	.3975	.8072
ITEM08	15.9714	2.9697	.7760	.6703	.8595
ITEM10	16.0857	2.8454	.8439	.8159	.8435

ES9. Despu

RELIABILITY COEFFICIENTS 5 ITEMS

ALPHA = .8919 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .8913

PRECEDING TASK REQUIRED 0.07 SECONDS CPU TIME: 0.65 SECONDS ELAPSED.

9 COMMAND LINES READ.
 0 ERRORS DETECTED.
 0 WARNINGS ISSUED.
 0 SECONDS CPU TIME.
 3 SECONDS ELAPSED TIME.
 END OF JOB.

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ANTES)

ITEM01

ITEM03
ITEM05
ITEM07
ITEM09

CORRELATION MATRIX

	ITEM01	ITEM03	ITEM05	ITEM07	ITEM09
M01	1.0000				
M03	-.1791	1.0000			
M05	.0821	.1712	1.0000		
M07	.3939	.5057	.1946	1.0000	
M09	-.0101	.4530	.3872	.5455	1.0000

OF CASES = 20.0

M-TOTAL STATISTICS

	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
M01	13.9000	2.5158	.1365	.3826	.6890
M03	14.1000	2.2000	.1243	.4382	.5937
M05	13.8500	2.3447	.1599	.3960	.6375
M07	14.0500	1.4194	.1883	.5991	.3810
M09	13.9000	1.9225	.1191	.4028	.5165

PARA ANTES

RELIABILITY COEFFICIENTS 5 ITEMS

RA = .6343 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .5165

CEILING TASK REQUIRED 0.05 SECONDS CPU TIME: 0.80 SECONDS ELAPSED.

10 COMMAND LINES READ.
0 ERRORS DETECTED.
0 WARNINGS ISSUED.
0 SECONDS CPU TIME.
3 SECONDS ELAPSED TIME.
END OF JOB.

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

397

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	2.954	.0042
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	14.4	2.836	.897
ESQUIZOFRENICO	10	11.4	1.506	.476

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	3.007	.0038
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	142.1	28.474	9.004
ESQUIZOFRENICO	10	111.5	14.991	4.74

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

398

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	1.861	.0396
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	4	.667	.211
ESQUIZOFRENICO	10	3.5	.527	.167

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	2.135	.0233
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	354.2	58.984	18.652
ESQUIZOFRENICO	10	299.9	54.649	17.282

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

399

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	2.121	.024
----	-------	------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	4.2	.422	.133
ESQUIZOFRENICO	10	3.8	.422	.133

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	2.175	.0216
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	261.6	26.12	8.26
ESQUIZOFRENICO	10	234.9	28.723	9.083

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

400

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	4.093	.0003
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	123.2	22.489	7.111
ESQUIZOFRENICO	10	89.6	12.963	4.099

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	3.929	.0005
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	1167.8	224.199	70.898
ESQUIZOFRENICO	10	847.5	127.293	40.253

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

401

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	2.678	.0077
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	15.3	1.337	.423
ESQUIZOFRENICO	10	13.3	1.947	.616

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	5.271	.0001
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	121.5	10.886	3.442
ESQUIZOFRENICO	10	89.5	15.813	5.001

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	2.058	.0272
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	2.5	.527	.167
ESQUIZOFRENICO	10	2.1	.316	.1

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	2.085	.0258
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	165.1	39.566	12.512
ESQUIZOFRENICO	10	133.9	25.959	8.209

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	1.852	.0403
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	2.7	.483	.153
ESQUIZOFRENICO	10	2.3	.483	.153

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	2.06	.0271
----	------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	51.6	9.721	3.074
ESQUIZOFRENICO	10	42.3	10.457	3.307

2

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X1	Y1	Y2
1	PARANOIDE	12	118
2	PARANOIDE	15	148
3	PARANOIDE	14	138
4	PARANOIDE	13	129
5	PARANOIDE	17	168
6	PARANOIDE	21	208
7	PARANOIDE	12	117
8	PARANOIDE	15	149
9	PARANOIDE	13	129
10	PARANOIDE	12	117
11	ESQUIZOFREN...	10	98
12	ESQUIZOFREN...	12	118
13	ESQUIZOFREN...	11	107
14	ESQUIZOFREN...	13	127
15	ESQUIZOFREN...	14	138
16	ESQUIZOFREN...	12	117
17	ESQUIZOFREN...	11	108
18	ESQUIZOFREN...	9	88
19	ESQUIZOFREN...	10	97
20	ESQUIZOFREN...	12	117

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	3	270
2	PARANOIDE	5	443
3	PARANOIDE	4	354
4	PARANOIDE	4	352
5	PARANOIDE	4	360
6	PARANOIDE	4	339
7	PARANOIDE	4	351
8	PARANOIDE	5	447
9	PARANOIDE	4	358
10	PARANOIDE	3	268
11	ESQUIZOFREN...	3	264
12	ESQUIZOFREN...	3	268
13	ESQUIZOFREN...	4	265
14	ESQUIZOFREN...	4	349
15	ESQUIZOFREN...	3	253
16	ESQUIZOFREN...	4	415
17	ESQUIZOFREN...	3	265
18	ESQUIZOFREN...	4	352
19	ESQUIZOFREN...	3	261
20	ESQUIZOFREN...	4	307

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X1	Y1	Y2
1	PARANOIDE	4	251
2	PARANOIDE	4	249
3	PARANOIDE	4	247
4	PARANOIDE	4	251
5	PARANOIDE	4	250
6	PARANOIDE	5	312
7	PARANOIDE	4	249
8	PARANOIDE	4	252
9	PARANOIDE	5	310
10	PARANOIDE	4	245
11	ESQUIZOFREN...	4	249
12	ESQUIZOFREN...	4	252
13	ESQUIZOFREN...	3	181
14	ESQUIZOFREN...	4	248
15	ESQUIZOFREN...	4	249
16	ESQUIZOFREN...	4	250
17	ESQUIZOFREN...	3	180
18	ESQUIZOFREN...	4	247
19	ESQUIZOFREN...	4	246
20	ESQUIZOFREN...	4	247

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	159	1479
2	PARANOIDE	163	1562
3	PARANOIDE	106	982
4	PARANOIDE	136	1383
5	PARANOIDE	127	1158
6	PARANOIDE	104	994
7	PARANOIDE	109	1028
8	PARANOIDE	114	1095
9	PARANOIDE	103	940
10	PARANOIDE	111	1057
11	ESQUIZOFREN...	73	668
12	ESQUIZOFREN...	82	760
13	ESQUIZOFREN...	119	1121
14	ESQUIZOFREN...	87	829
15	ESQUIZOFREN...	84	797
16	ESQUIZOFREN...	85	808
17	ESQUIZOFREN...	97	923
18	ESQUIZOFREN...	80	760
19	ESQUIZOFREN...	100	963
20	ESQUIZOFREN...	89	846

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	T ₁	T ₂
1	PARANOIDE	14	110
2	PARANOIDE	16	126
3	PARANOIDE	13	104
4	PARANOIDE	15	118
5	PARANOIDE	14	111
6	PARANOIDE	15	120
7	PARANOIDE	17	136
8	PARANOIDE	16	128
9	PARANOIDE	16	126
10	PARANOIDE	17	136
11	ESQUIZOFREN...	12	71
12	ESQUIZOFREN...	16	119
13	ESQUIZOFREN...	13	81
14	ESQUIZOFREN...	10	69
15	ESQUIZOFREN...	12	77
16	ESQUIZOFREN...	13	92
17	ESQUIZOFREN...	15	103
18	ESQUIZOFREN...	12	87
19	ESQUIZOFREN...	14	93
20	ESQUIZOFREN...	16	103

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	3	204
2	PARANOIDE	2	127
3	PARANOIDE	3	202
4	PARANOIDE	2	129
5	PARANOIDE	3	200
6	PARANOIDE	2	128
7	PARANOIDE	2	125
8	PARANOIDE	2	129
9	PARANOIDE	3	202
10	PARANOIDE	3	205
11	ESQUIZOFREN...	2	120
12	ESQUIZOFREN...	2	130
13	ESQUIZOFREN...	3	205
14	ESQUIZOFREN...	2	139
15	ESQUIZOFREN...	2	132
16	ESQUIZOFREN...	2	127
17	ESQUIZOFREN...	2	115
18	ESQUIZOFREN...	2	118
19	ESQUIZOFREN...	2	125
20	ESQUIZOFREN...	2	128

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X_j	Y_j	Y_2
1	PARANOIDE	2	39
2	PARANOIDE	3	56
3	PARANOIDE	3	57
4	PARANOIDE	3	57
5	PARANOIDE	3	56
6	PARANOIDE	2	38
7	PARANOIDE	2	36
8	PARANOIDE	3	59
9	PARANOIDE	3	60
10	PARANOIDE	3	58
11	ESQUIZOFREN...	2	37
12	ESQUIZOFREN...	2	36
13	ESQUIZOFREN...	3	57
14	ESQUIZOFREN...	3	57
15	ESQUIZOFREN...	3	58
16	ESQUIZOFREN...	2	35
17	ESQUIZOFREN...	2	38
18	ESQUIZOFREN...	2	37
19	ESQUIZOFREN...	2	34
20	ESQUIZOFREN...	2	34

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X1	Y1	Y2
1	PARANOIDE	3	204
2	PARANOIDE	2	127
3	PARANOIDE	3	202
4	PARANOIDE	2	129
5	PARANOIDE	3	200
6	PARANOIDE	2	128
7	PARANOIDE	2	125
8	PARANOIDE	2	129
9	PARANOIDE	3	202
10	PARANOIDE	3	205
11	ESQUIZOFREN...	2	120
12	ESQUIZOFREN...	2	130
13	ESQUIZOFREN...	3	205
14	ESQUIZOFREN...	2	139
15	ESQUIZOFREN...	2	132
16	ESQUIZOFREN...	2	127
17	ESQUIZOFREN...	2	115
18	ESQUIZOFREN...	2	118
19	ESQUIZOFREN...	2	125
20	ESQUIZOFREN...	2	128

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	1.794	.0448
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	22.5	2.759	.872
ESQUIZOFRENICO	10	20.6	1.897	.6

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	1.835	.0415
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	514.4	70.521	22.301
ESQUIZOFRENICO	10	466.5	42.924	13.574

2

Unpaired t-Test X_1 : DIAGNOSTICO Y_1 : ENSAYOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	3.227	.0023
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	23.3	1.767	.559
ESQUIZOFRENICO	10	20	2.708	.856

1

Unpaired t-Test X_1 : DIAGNOSTICO Y_2 : TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	3.123	.0029
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	550.1	35.18	11.125
ESQUIZOFRENICO	10	474.8	67.636	21.388

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	- .528	.3021
----	--------	-------

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PARANOIDE	10	31.3	6.482	2.05
ESQUIZOFRENICO	10	32.6	4.326	1.368

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	.182	.4287
----	------	-------

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PARANOIDE	10	157.7	21.587	6.827
ESQUIZOFRENICO	10	155.9	22.556	7.133

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	.494	.3135
----	------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PARANOIDE	10	33.8	9.367	2.962
ESQUIZOFRENICO	10	32.1	5.527	1.748

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	.124	.4513
----	------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PARANOIDE	10	161.3	44.585	14.099
ESQUIZOFRENICO	10	159.3	24.667	7.8

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	.411	.3431
----	------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PARANOIDE	10	110.4	11.965	3.784
ESQUIZOFRENICO	10	107.9	15.074	4.767

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	.162	.4366
----	------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PARANOIDE	10	540.3	60.461	19.12
ESQUIZOFRENICO	10	535.4	74.285	23.491

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	1.253	.1132
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PARANOIDE	10	51.7	6.43	2.033
ESQUIZOFRENICO	10	48.7	4.001	1.265

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	.807	.215
----	------	------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
PARANOIDE	10	253.7	32.945	10.418
ESQUIZOFRENICO	10	243.4	23.282	7.362

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	1.231	.1171
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	50.7	8.001	2.53
ESQUIZOFRENICO	10	47.2	4.104	1.298

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	.663	.2579
----	------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	249.7	39.632	12.533
ESQUIZOFRENICO	10	238.7	26.546	8.395

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	.551	.2942
----	------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	125.7	8.314	2.629
ESQUIZOFRENICO	10	123.7	7.917	2.504

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	.467	.323
----	------	------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	617.2	40.871	12.924
ESQUIZOFRENICO	10	607.9	47.92	15.154

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	-.516	.3062
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	126	6	1.897
ESQUIZOFRENICO	10	127.6	7.763	2.455

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	-.983	.1692
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	613.6	34.83	11.014
ESQUIZOFRENICO	10	629.9	39.162	12.384

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	.138	.446
----	------	------

4 2 1

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	19.4	3.534	1.118
ESQUIZOFRENICO	10	19.2	2.936	.929

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	-.171	.4331
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	91.5	17.722	5.604
ESQUIZOFRENICO	10	92.8	16.267	5.144

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

4 2 2

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	.357	.3626
----	------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	21.2	3.765	1.191
ESQUIZOFRENICO	10	20.6	3.748	1.185

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	.035	.4864
----	------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	98.5	18.662	5.902
ESQUIZOFRENICO	10	98.2	20.17	6.378

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	.889	.193
----	------	------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	17.5	4.528	1.432
ESQUIZOFRENICO	10	16	2.828	.894

4 2 3

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	1.025	.1595
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	84.2	22.034	6.968
ESQUIZOFRENICO	10	75.3	16.398	5.186

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	1.206	.1218
----	-------	-------

4 2 4

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	18.6	3.062	.968
ESQUIZOFRENICO	10	17.1	2.47	.781

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	1.351	.0968
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	88.6	16.057	5.078
ESQUIZOFRENICO	10	79.2	15.054	4.76

2

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

426

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	.466	.3235
----	------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	4.5	.95	.269
ESQUIZOFRENICO	10	4.3	1.059	.335

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	-.253	.4015
----	-------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	43	8.654	2.737
ESQUIZOFRENICO	10	44.5	16.622	5.256

2

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	20	447
2	PARANOIDE	22	496
3	PARANOIDE	22	490
4	PARANOIDE	26	604
5	PARANOIDE	27	639
6	PARANOIDE	23	520
7	PARANOIDE	23	530
8	PARANOIDE	18	426
9	PARANOIDE	20	437
10	PARANOIDE	24	555
11	ESQUIZOFREN...	23	523
12	ESQUIZOFREN...	19	438
13	ESQUIZOFREN...	18	427
14	ESQUIZOFREN...	19	512
15	ESQUIZOFREN...	21	509
16	ESQUIZOFREN...	21	478
17	ESQUIZOFREN...	23	492
18	ESQUIZOFREN...	20	459
19	ESQUIZOFREN...	19	395
20	ESQUIZOFREN...	23	432

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	22	520
2	PARANOIDE	21	500
3	PARANOIDE	26	601
4	PARANOIDE	22	543
5	PARANOIDE	22	537
6	PARANOIDE	25	609
7	PARANOIDE	25	563
8	PARANOIDE	25	567
9	PARANOIDE	22	520
10	PARANOIDE	23	541
11	ESQUIZOFREN...	23	385
12	ESQUIZOFREN...	17	423
13	ESQUIZOFREN...	16	433
14	ESQUIZOFREN...	21	544
15	ESQUIZOFREN...	22	507
16	ESQUIZOFREN...	20	480
17	ESQUIZOFREN...	21	542
18	ESQUIZOFREN...	24	583
19	ESQUIZOFREN...	17	396
20	ESQUIZOFREN...	19	455

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	35	167
2	PARANOIDE	27	130
3	PARANOIDE	36	174
4	PARANOIDE	32	151
5	PARANOIDE	27	124
6	PARANOIDE	29	136
7	PARANOIDE	35	168
8	PARANOIDE	36	173
9	PARANOIDE	39	190
10	PARANOIDE	17	164
11	ESQUIZOFREN...	34	161
12	ESQUIZOFREN...	26	125
13	ESQUIZOFREN...	30	145
14	ESQUIZOFREN...	33	161
15	ESQUIZOFREN...	25	111
16	ESQUIZOFREN...	34	163
17	ESQUIZOFREN...	34	164
18	ESQUIZOFREN...	38	183
19	ESQUIZOFREN...	37	174
20	ESQUIZOFREN...	35	172

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	33	153
2	PARANOIDE	24	117
3	PARANOIDE	34	168
4	PARANOIDE	26	122
5	PARANOIDE	27	128
6	PARANOIDE	25	120
7	PARANOIDE	39	186
8	PARANOIDE	39	186
9	PARANOIDE	55	262
10	PARANOIDE	36	171
11	ESQUIZOFREN...	32	153
12	ESQUIZOFREN...	26	132
13	ESQUIZOFREN...	31	152
14	ESQUIZOFREN...	26	155
15	ESQUIZOFREN...	27	129
16	ESQUIZOFREN...	27	131
17	ESQUIZOFREN...	38	187
18	ESQUIZOFREN...	36	174
19	ESQUIZOFREN...	40	194
20	ESQUIZOFREN...	38	186

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	93	448
2	PARANOIDE	95	463
3	PARANOIDE	95	467
4	PARANOIDE	113	553
5	PARANOIDE	122	602
6	PARANOIDE	114	561
7	PARANOIDE	124	606
8	PARANOIDE	111	540
9	PARANOIDE	114	560
10	PARANOIDE	123	603
11	ESQUIZOFREN...	90	447
12	ESQUIZOFREN...	89	439
13	ESQUIZOFREN...	91	459
14	ESQUIZOFREN...	95	469
15	ESQUIZOFREN...	111	551
16	ESQUIZOFREN...	118	584
17	ESQUIZOFREN...	120	595
18	ESQUIZOFREN...	120	594
19	ESQUIZOFREN...	116	575
20	ESQUIZOFREN...	129	641

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	45	218
2	PARANOIDE	46	225
3	PARANOIDE	42	205
4	PARANOIDE	58	286
5	PARANOIDE	57	280
6	PARANOIDE	62	308
7	PARANOIDE	55	268
8	PARANOIDE	48	235
9	PARANOIDE	53	261
10	PARANOIDE	51	251
11	ESQUIZOFREN...	47	223
12	ESQUIZOFREN...	45	221
13	ESQUIZOFREN...	42	209
14	ESQUIZOFREN...	57	262
15	ESQUIZOFREN...	51	254
16	ESQUIZOFREN...	48	237
17	ESQUIZOFREN...	48	289
18	ESQUIZOFREN...	48	236
19	ESQUIZOFREN...	51	254
20	ESQUIZOFREN...	50	249

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	40	197
2	PARANOIDE	41	201
3	PARANOIDE	45	223
4	PARANOIDE	54	266
5	PARANOIDE	61	301
6	PARANOIDE	62	304
7	PARANOIDE	57	280
8	PARANOIDE	45	217
9	PARANOIDE	48	234
10	PARANOIDE	54	264
11	ESQUIZOFREN...	42	207
12	ESQUIZOFREN...	42	207
13	ESQUIZOFREN...	42	209
14	ESQUIZOFREN...	50	249
15	ESQUIZOFREN...	53	262
16	ESQUIZOFREN...	48	238
17	ESQUIZOFREN...	48	287
18	ESQUIZOFREN...	46	228
19	ESQUIZOFREN...	49	243
20	ESQUIZOFREN...	52	257

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	126	617
2	PARANOIDE	122	600
3	PARANOIDE	111	547
4	PARANOIDE	136	668
5	PARANOIDE	125	614
6	PARANOIDE	125	612
7	PARANOIDE	130	638
8	PARANOIDE	118	578
9	PARANOIDE	140	689
10	PARANOIDE	124	609
11	ESQUIZOFREN...	118	584
12	ESQUIZOFREN...	129	637
13	ESQUIZOFREN...	107	525
14	ESQUIZOFREN...	132	656
15	ESQUIZOFREN...	127	629
16	ESQUIZOFREN...	126	627
17	ESQUIZOFREN...	132	655
18	ESQUIZOFREN...	116	527
19	ESQUIZOFREN...	127	630
20	ESQUIZOFREN...	123	609

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	141	690
2	PARANOIDE	126	568
3	PARANOIDE	120	588
4	PARANOIDE	128	636
5	PARANOIDE	122	603
6	PARANOIDE	127	613
7	PARANOIDE	126	619
8	PARANOIDE	121	592
9	PARANOIDE	122	599
10	PARANOIDE	127	622
11	ESQUIZOFREN...	142	707
12	ESQUIZOFREN...	126	625
13	ESQUIZOFREN...	116	577
14	ESQUIZOFREN...	137	680
15	ESQUIZOFREN...	129	641
16	ESQUIZOFREN...	128	639
17	ESQUIZOFREN...	125	622
18	ESQUIZOFREN...	120	598
19	ESQUIZOFREN...	131	605
20	ESQUIZOFREN...	122	605

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	21	98
2	PARANOIDE	15	72
3	PARANOIDE	25	122
4	PARANOIDE	17	78
5	PARANOIDE	13	60
6	PARANOIDE	20	90
7	PARANOIDE	22	104
8	PARANOIDE	21	102
9	PARANOIDE	21	97
10	PARANOIDE	19	92
11	ESQUIZOFREN...	22	115
12	ESQUIZOFREN...	16	74
13	ESQUIZOFREN...	21	99
14	ESQUIZOFREN...	17	84
15	ESQUIZOFREN...	14	65
16	ESQUIZOFREN...	19	93
17	ESQUIZOFREN...	22	107
18	ESQUIZOFREN...	23	111
19	ESQUIZOFREN...	20	97
20	ESQUIZOFREN...	18	83

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	22	103
2	PARANOIDE	18	86
3	PARANOIDE	25	121
4	PARANOIDE	16	75
5	PARANOIDE	16	75
6	PARANOIDE	18	80
7	PARANOIDE	24	116
8	PARANOIDE	24	95
9	PARANOIDE	25	118
10	PARANOIDE	24	116
11	ESQUIZOFREN...	24	129
12	ESQUIZOFREN...	17	80
13	ESQUIZOFREN...	24	116
14	ESQUIZOFREN...	16	76
15	ESQUIZOFREN...	15	75
16	ESQUIZOFREN...	18	84
17	ESQUIZOFREN...	25	121
18	ESQUIZOFREN...	23	111
19	ESQUIZOFREN...	21	103
20	ESQUIZOFREN...	23	87

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	19	91
2	PARANOIDE	16	77
3	PARANOIDE	22	109
4	PARANOIDE	12	55
5	PARANOIDE	12	57
6	PARANOIDE	14	67
7	PARANOIDE	21	102
8	PARANOIDE	17	82
9	PARANOIDE	26	122
10	PARANOIDE	16	80
11	ESQUIZOFREN...	15	71
12	ESQUIZOFREN...	15	71
13	ESQUIZOFREN...	21	103
14	ESQUIZOFREN...	15	72
15	ESQUIZOFREN...	13	52
16	ESQUIZOFREN...	13	58
17	ESQUIZOFREN...	21	102
18	ESQUIZOFREN...	16	77
19	ESQUIZOFREN...	16	78
20	ESQUIZOFREN...	15	69

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	16	75
2	PARANOIDE	19	91
3	PARANOIDE	23	114
4	PARANOIDE	18	83
5	PARANOIDE	15	72
6	PARANOIDE	18	86
7	PARANOIDE	20	98
8	PARANOIDE	18	85
9	PARANOIDE	15	68
10	PARANOIDE	24	114
11	ESQUIZOFREN...	13	53
12	ESQUIZOFREN...	16	77
13	ESQUIZOFREN...	21	104
14	ESQUIZOFREN...	17	81
15	ESQUIZOFREN...	14	67
16	ESQUIZOFREN...	16	75
17	ESQUIZOFREN...	20	96
18	ESQUIZOFREN...	18	86
19	ESQUIZOFREN...	18	66
20	ESQUIZOFREN...	18	87

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	8	39
2	PARANOIDE	8	39
3	PARANOIDE	15	74
4	PARANOIDE	11	50
5	PARANOIDE	12	58
6	PARANOIDE	12	56
7	PARANOIDE	11	52
8	PARANOIDE	13	63
9	PARANOIDE	9	41
10	PARANOIDE	14	67
11	ESQUIZOFREN...	5	24
12	ESQUIZOFREN...	9	40
13	ESQUIZOFREN...	13	64
14	ESQUIZOFREN...	7	35
15	ESQUIZOFREN...	6	28
16	ESQUIZOFREN...	10	47
17	ESQUIZOFREN...	10	48
18	ESQUIZOFREN...	13	63
19	ESQUIZOFREN...	8	38
20	ESQUIZOFREN...	12	58

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	3	28
2	PARANOIDE	4	37
3	PARANOIDE	5	48
4	PARANOIDE	6	59
5	PARANOIDE	5	47
6	PARANOIDE	5	48
7	PARANOIDE	4	38
8	PARANOIDE	4	39
9	PARANOIDE	4	38
10	PARANOIDE	5	48
11	ESQUIZOFREN...	2	15
12	ESQUIZOFREN...	4	38
13	ESQUIZOFREN...	4	78
14	ESQUIZOFREN...	6	59
15	ESQUIZOFREN...	5	48
16	ESQUIZOFREN...	5	49
17	ESQUIZOFREN...	5	48
18	ESQUIZOFREN...	4	34
19	ESQUIZOFREN...	4	37
20	ESQUIZOFREN...	4	39

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₁: ENSAYOS

4 4 2

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	10.255	.0001
----	--------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	295.3	47.209	14.929
ESQUIZOFRENICO	10	118.4	27.33	8.643

1

Unpaired t-Test X₁: DIAGNOSTICO Y₂: TIEMPOS

DF: Unpaired t Value: Prob. (1-tail):

18	11.404	.0001
----	--------	-------

Group: Count: Mean: Std. Dev.: Std. Error:

PARANOIDE	10	5489.5	1051.136	332.399
ESQUIZOFRENICO	10	1302.9	492.835	155.848

2

	DIAGNOSTICO	ENSAYOS	TIEMPOS
	X ₁	Y ₁	Y ₂
1	PARANOIDE	336	6461
2	PARANOIDE	352	7237
3	PARANOIDE	252	4765
4	PARANOIDE	271	4630
5	PARANOIDE	290	6431
6	PARANOIDE	336	5950
7	PARANOIDE	335	5456
8	PARANOIDE	306	5154
9	PARANOIDE	274	5154
10	PARANOIDE	201	3657
11	ESQUIZOFREN...	132	1619
12	ESQUIZOFREN...	148	1844
13	ESQUIZOFREN...	103	615
14	ESQUIZOFREN...	94	976
15	ESQUIZOFREN...	135	1552
16	ESQUIZOFREN...	151	1851
17	ESQUIZOFREN...	80	790
18	ESQUIZOFREN...	87	859
19	ESQUIZOFREN...	106	1049
20	ESQUIZOFREN...	148	1874

Anova table for a 2-factor Analysis of Variance on Y₁: Medida Final de Sintomas

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-test	P-value
Modelo de Espulsión frontal...	1	1345.6	1345.6	111.668	.0001
Tratamiento (E)	1	260.1	260.1	21.535	.0001
AB	1	336.4	336.4	27.917	.0001
Error	36	1435.8	12.05		

There were no missing cells found.

1

The AB Incidence table on Y₁: Medida Final de Sintomas

Tratamiento:		Magarismo	No magar...	Totals:
Modelo de E	Paranoide	10	10	20
		16.8	27.7	22.25
Modelo de E	No Paranoide	10	10	20
		34.2	33.5	33.95
Totals:		20	20	40
		25.5	30.6	28.05

2

	Nivel de Esquizofrenia	Tratamiento	Medida Final de Sintomas
	X ₁	X ₂	Y ₁
1	Paranoide	Magariano	17
2	Paranoide	Magariano	15
3	Paranoide	Magariano	13
4	Paranoide	Magariano	20
5	Paranoide	Magariano	18
6	Paranoide	Magariano	17
7	Paranoide	Magariano	17
8	Paranoide	Magariano	17
9	Paranoide	Magariano	17
10	Paranoide	Magariano	17
11	No Paranoide	Magariano	29
12	No Paranoide	Magariano	32
13	No Paranoide	Magariano	35
14	No Paranoide	Magariano	39
15	No Paranoide	Magariano	33
16	No Paranoide	Magariano	37
17	No Paranoide	Magariano	38
18	No Paranoide	Magariano	36
19	No Paranoide	Magariano	32
20	No Paranoide	Magariano	31
21	Paranoide	No magariano	29
22	Paranoide	No magariano	27
23	Paranoide	No magariano	34
24	Paranoide	No magariano	21
25	Paranoide	No magariano	31
26	Paranoide	No magariano	26
27	Paranoide	No magariano	23
28	Paranoide	No magariano	28
29	Paranoide	No magariano	34
30	Paranoide	No magariano	24
31	No Paranoide	No magariano	37
32	No Paranoide	No magariano	32
33	No Paranoide	No magariano	32
34	No Paranoide	No magariano	32
35	No Paranoide	No magariano	39
36	No Paranoide	No magariano	27
37	No Paranoide	No magariano	37
38	No Paranoide	No magariano	37
39	No Paranoide	No magariano	32
40	No Paranoide	No magariano	30

One Factor ANOVA X₁ : Nivel de Esquizofrenia Y₁ : Medida inicial de Sintomas

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	1	13.225	13.225	.901
Within groups	38	557.75	14.678	p = .3485
Total	39	570.975		

Model II estimate of between component variance = -1.453

1

One Factor ANOVA X₁ : Nivel de Esquizofrenia Y₁ : Medida inicial de Sintomas

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Paranoide	20	32.65	3.977	.889
No Paranoide	20	33.8	3.679	.823

2

One Factor ANOVA X₁ : Nivel de Esquizofrenia Y₁ : Medida inicial de Sintomas

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnnett t:
Paranoide vs. No Paranoide	-1.15	2.453	.901	.949

3

	Nivel de Esquizofrenia	Medida inicial de Sintomas
	X_1	Y_1
1	Paranoide	28
2	Paranoide	30
3	Paranoide	25
4	Paranoide	31
5	Paranoide	30
6	Paranoide	28
7	Paranoide	26
8	Paranoide	36
9	Paranoide	38
10	Paranoide	32
11	No Paranoide	32
12	No Paranoide	30
13	No Paranoide	34
14	No Paranoide	29
15	No Paranoide	32
16	No Paranoide	29
17	No Paranoide	28
18	No Paranoide	32
19	No Paranoide	34
20	No Paranoide	30
21	Paranoide	32
22	Paranoide	34
23	Paranoide	36
24	Paranoide	39
25	Paranoide	33
26	Paranoide	36
27	Paranoide	36
28	Paranoide	34
29	Paranoide	32
30	Paranoide	37
31	No Paranoide	41
32	No Paranoide	39
33	No Paranoide	36
34	No Paranoide	36
35	No Paranoide	39
36	No Paranoide	33
37	No Paranoide	37
38	No Paranoide	37
39	No Paranoide	35
40	No Paranoide	33

One Factor ANOVA X₁ : Nivel de Esquizofrenia Y₁ : Medida inicial de Sintomas

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	1	13.225	13.225	.901
Within groups	38	557.75	14.678	p = .3485
Total	39	570.975		

Model II estimate of between component variance = -1.453

1

One Factor ANOVA X₁ : Nivel de Esquizofrenia Y₁ : Medida inicial de Sintomas

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
Paranoide	20	32.65	3.977	.889
No Paranoide	20	33.8	3.679	.823

2

One Factor ANOVA X₁ : Nivel de Esquizofrenia Y₁ : Medida inicial de Sintomas

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnnett t:
Paranoide vs. No Paranoide	-1.15	2.453	.901	.949

3

	Nivel de Esquizofrenia	Medida inicial de Sintomas
	X ₁	Y ₁
1	Paranoide	28
2	Paranoide	30
3	Paranoide	25
4	Paranoide	31
5	Paranoide	30
6	Paranoide	28
7	Paranoide	26
8	Paranoide	36
9	Paranoide	38
10	Paranoide	32
11	No Paranoide	32
12	No Paranoide	30
13	No Paranoide	34
14	No Paranoide	29
15	No Paranoide	32
16	No Paranoide	29
17	No Paranoide	28
18	No Paranoide	32
19	No Paranoide	34
20	No Paranoide	30
21	Paranoide	32
22	Paranoide	34
23	Paranoide	36
24	Paranoide	39
25	Paranoide	33
26	Paranoide	36
27	Paranoide	36
28	Paranoide	34
29	Paranoide	32
30	Paranoide	37
31	No Paranoide	41
32	No Paranoide	39
33	No Paranoide	36
34	No Paranoide	36
35	No Paranoide	39
36	No Paranoide	33
37	No Paranoide	37
38	No Paranoide	37
39	No Paranoide	35
40	No Paranoide	33

ABRIR TOMO II

